



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di Laurea magistrale

in Lavoro Cittadinanza sociale e Interculturalità

Tesi di Laurea

Il lavoro degli operatori nelle Residenze Sanitarie Assistenziali:

Tra aspettative e bisogni nell'era del Covid-19

Relatrice

Prof.ssa Sonia Brondi

Correlatrice

Ch.ma Prof.ssa Barbara Da Roit

Laureanda

Sara Bragagnolo

Matricola 853881

Anno Accademico

2024 / 2025

Indice

Introduzione	Pag 4
Capitolo 1. Introduzione al tema dell'assistenza in Italia	Pag 5
1.1 Storia del servizio sociale	Pag 5
1.2 Origini dell'assistenza	Pag 11
1.3 Assistenza durante il Fascismo	Pag 14
1.4 Assistenza dagli anni settanta a oggi	Pag 16
1.5 Aziende pubbliche di Servizi alla Persona	Pag 17
Capitolo 2. Residenze Sanitarie Assistenziali in era Covid-19	Pag 19
2.1 Storia delle Residenze Sanitarie Assistenziali	Pag 19
2.2 Pandemia di Covid-19	Pag 24
2.3 RSA in Italia	Pag 27
2.4 Impatto del Covid-19 sulle RSA	Pag 29
2.5 Servizio sociale nell'emergenza Covid-19	Pag 32
Capitolo 3. Rappresentazioni sociali dei professionisti con ruoli di cura	Pag 60
3.1 Teoria delle rappresentazioni sociali	Pag 60
3.2 Legame tra rappresentazioni sociali, stereotipi e pregiudizi	Pag 63
3.3 Rappresentazione dei professionisti con ruoli di cura	Pag 65
3.3.1 Letteratura sulle rappresentazioni sociali degli assistenti sociali	Pag 65
3.3.2 Letteratura sulle rappresentazioni sociali degli infermieri	Pag 71
Capitolo 4. Ricerca empirica sul tema	Pag 77
4.1 Obiettivi	Pag 77
4.2 Metodo	Pag 79

<i>4.2.1 Partecipanti</i>	<i>Pag 79</i>
<i>4.2.2 Procedura</i>	<i>Pag 80</i>
<i>4.2.3 Analisi</i>	<i>Pag 80</i>
<i>4.3 Risultati</i>	<i>Pag 81</i>
<i>4.3.1 Introduzione e Presentazione</i>	<i>Pag 81</i>
<i>4.3.2 Covid-19</i>	<i>Pag 84</i>
<i>4.3.3 Aspettative e bisogni</i>	<i>Pag 92</i>
Conclusioni	Pag 110
Bibliografia e Sitografia	Pag 115

Allegati

A Scaletta domande

B Consenso informato

Introduzione

Tutti noi abbiamo avuto a che fare con la difficile epidemia da Covid-19. Tuttavia, è stata particolarmente difficile per gli operatori all'interno delle RSA.

Ho avuto la possibilità di lavorare all'interno di tali strutture sin dal primo lockdown e posso dire che è stata un'esperienza istruttiva dal punto di vista scientifico e teorico.

Con la tesi, desidero esaminare, utilizzando interviste semi-strutturate, l'emergenza legata alla Covid-19 e le esperienze di tutti i professionisti coinvolti. Un'analisi di aspettative e bisogni di ciascun membro dell'equipe in base al ruolo e alla relazione collaborativa

Il primo capitolo introduce il contesto in cui nasce l'assistenza in Italia. L'obiettivo del capitolo non è di fornire un'analisi dettagliata, ma di fornire le basi storiche per la legislazione sociale e il servizio sociale. Questo capitolo riprende la nascita della storia del servizio sociale, il focus si sposta poi sul periodo del Fascismo e trova conclusione con le azioni intraprese dal paese a partire dagli anni Settanta ad oggi.

Nel Secondo capitolo ho inteso porre la giusta attenzione sulle RSA nel corso dell'emergenza Covid-19. In accordo con il resto della tesi, anche qui l'obiettivo non fu di analizzare il fenomeno nel dettaglio, ma fornire le basi minime per comprendere il fenomeno la legislazione sociale e il ruolo del servizio sociale durante la crisi.

Il terzo capitolo intitolato "Rappresentazioni sociali dei professionisti con ruoli di cura" riporta la teoria delle rappresentazioni di Moscovici. Inoltre, viene evidenziato il rapporto tra rappresentazioni sociali, stereotipi e pregiudizio. Successivamente espongo le rappresentazioni che gli individui hanno per quanto riguarda i professionisti che svolgono ruoli di cura, come assistenti sociali, infermieri, ecc.

Il quarto e ultimo capitolo riporta la ricerca empirica, e sono enunciati gli obiettivi, la metodologia e i risultati della ricerca effettuata.

L'obiettivo generale della mia tesi è di tipo esplorativo: ricostruire e indagare le esperienze delle figure impegnate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) negli periodi di massima criticità. Con questo elaborato, si intendono cogliere le dinamiche tra i professionisti prima, durante e dopo la pandemia. Tuttavia, si vuole appurare se e come tale circostanza abbia modificato i contesti di lavoro e le relazioni intercorse. Tra i risultati della ricerca elenco il fatto che tutti i professionisti affermino come è cambiato il loro ruolo con il Covid-19 e la mancata soddisfazione dei bisogni di riposo e di formazione,

Capitolo 1. Introduzione al tema dell'assistenza in Italia

1.1 Storia del servizio sociale

La storia del servizio sociale nel nostro paese inizia nel secondo dopoguerra, successivamente agli anglosassoni, dove appare alla fine dell'Ottocento e all'inizio del Novecento. All'epoca, nacquero forme molto diverse di servizio sociale, in Inghilterra in primis: tre fattori, i movimenti di riforma sociale, i primi al mondo di social research e i Charity Organisation Societies, influenzarono la sede di direzione che quella nel campo d'opera della povera gente povera.

Queste organizzazioni sono nate a Londra nella seconda metà dell'Ottocento in risposta alla crisi scatenata dalla sempre maggior diffusione dell'economia di mercato. Le COS tentavano di riorganizzare in modo più efficiente e funzionale l'assistenza pubblica e privata organizzata mediante gli impiegati nel servizio di mutua pubblica e privata, per evitare che essa si disperdesse e rendesse meno funzionale la distribuzione degli aiuti.

Ad esempio, l'idea di suddividere gli aiuti attraverso volontari e professionisti ha minimizzato la sovrapposizione, rendendo il lavoro più efficiente. La formazione di distretti e l'acquisizione di informazioni sulle condizioni sociali dei destinatari ha creato una base di conoscenza che ha semplificato l'adozione di una sistematica e scientifica approccio. Questa influenza è stata sentita anche in altre parti del mondo come negli Stati Uniti, dove cos è stato assorbito e adattato alla situazione locale. L'operato delle COS si fondava su alcune regole essenziali: la collaborazione di tutte le organizzazioni benefiche locali, la creazione di un registro centrale riservato, l'analisi delle condizioni sociali dell'assistito, effettuata da un visitatore empatico incaricato di identificare i reali bisogni e le misure necessarie per ogni caso esaminato, instaurando un rapporto costante con le persone assistite. (G. Pieroni, M Dal Pra Ponticelli 2005)

In Italia l'emergere della professione di assistente sociale ha seguito un percorso opposto rispetto a quello dei paesi anglosassoni perché, a differenza loro, nel nostro

paese non erano le numerose entità che offrivano servizi di performance e di assistenza per percepire la necessità di addestrare o aggiornare il proprio personale; Al contrario, le scuole di servizio sociale (il primo apparvero tra il 1945 e il 1948) stavano promuovendo la professione; Questo è stato il caso fin dall'inizio una specificità del servizio sociale italiano che ha influenzato le sue opportunità di riconoscimento e sviluppo per lungo tempo. Per questo motivo, fino ad ora la storia del servizio sociale è stata ricostruita e focalizzata sul lavoro delle scuole. (G.Pieroni, M di Pra Ponticelli 2005)

In Italia, la crescita dell'aiuto sociale è stata contrassegnata dall'istituzione di una rete di supporto che, nonostante fosse stata introdotta dopo che in altre nazioni, è stata lentamente cambiata per adattarsi alle persone, incoraggiando il miglioramento delle competenze dell'intero ambiente. Ciò ha comportato la creazione del lavoro particolare dell'assistente sociale. Questi esperti operano al giorno d'oggi in vari contesti sociali, all'interno delle famiglie, nel benessere dei bambini, nell'integrazione della comunità e nel benessere psicologico.

Il passato dell'aiuto sociale, sia in ambienti di lingua inglese che italiana, sottolinea la necessità di un metodo strutturato e qualificato per aiutare coloro che affrontano le difficoltà, sottolineando che l'istruzione e il lavoro di squadra tra vari gruppi sono agli inizi del servizio sociale italiano, si trovano anche nel tempo tra i due conflitti globali, con l'ascesa degli assistenti sociali, come l'istituto di assistenza sociale di Milano e la scuola femminile di San Gregorio Al Celio. D: Tuttavia, queste azioni erano spesso associate a un ambiente politico paterno e non svolgevano un ruolo importante nell'emergere del campo.

A seguito del conflitto, le difficoltà e le sfide della società richiedevano cambiamenti nel sistema di assistenza, che rimasero sotto la governance della legge CRISPI dal 1890 e fu contrassegnata da insufficienti istituzioni pubbliche. L'obiettivo è formare assistenti sociali che possono contribuire allo sviluppo di una società democratica.

Le istituzioni educative iniziali, sebbene ispirate a ideali religiosi e non religiosi, emersero da sforzi privati e mancavano di un riconoscimento legale formale, portando a metodi di formazione incoerenti. Anche così, la diffusione di queste istituzioni ha portato a più assistenti sociali, generalmente finanziati dalla direzione per l'aiuto globale.

Negli anni '50 e '60, gli assistenti sociali operavano principalmente nelle organizzazioni di aiuto e welfare, ma spesso incontrarono rigide procedure amministrative che ostuivano i loro compiti.

La principale strategia di auto-focalizzata e legata alla mente di questi gruppi ha dovuto affrontare la disapprovazione, spingendo una rivalutazione della funzione dell'assistente sociale come catalizzatore per la trasformazione sociale e l'impegno dei membri della comunità. Il servizio sociale italiano ha dovuto affrontare una crisi nei primi anni sessanta, il che ha portato a un profondo pensiero sulla necessità di una maggiore azione politica e promozionale, con l'obiettivo di cambiare le istituzioni e affrontare meglio le attuali questioni sociali. Ciò ha segnalato l'inizio di una fase di rivitalizzazione che si sarebbe svolta nei prossimi anni.

Le origini del servizio sociale italiano possono essere rintracciate anche nel periodo tra le due guerre e includono l'assistente sociale. Questa è rappresentata da sei età: il Partito Comunista Italiano, il Centro Alti Studi, i servizi di assistenza sociale italiani, l'Istituto; l'Istituto Italiano per l'Assistenza sociale di Milano e la Scuola femminile fascista di San Gregorio al Celio, tuttavia, erano negli anni prebellici di solito collegate a un contesto politico paternalistico. Pertanto, non ha avuto un effetto significativo sulla formazione della professione.

Negli anni immediatamente successivi alla Seconda Guerra Mondiale e, considerando la condizione di povertà che colpiva gli italiani, l'assistenza sociale era senza dubbio un tema politico di grande rilevanza. Il sistema di supporto sociale, ancora sottoposto alla legge Crispi del 1890 e contraddistinto dalla presenza di enti pubblici, molti dei quali erano stati creati durante il regime fascista, si mostrava del tutto inadeguato a gestire la crisi del paese, specialmente in relazione ai principi che guidavano la nuova democrazia e che trovavano rifugio nella Costituzione repubblicana. L'emergere del primo gruppo di cinque scuole è stato connesso a una richiesta specifica: l'amministrazione militare americana necessitava dell'assistenza e della collaborazione degli assistenti sociali italiani per individuare e ricostruire sia gli enti tradizionali sia quelli nuovi per avviare prontamente le forme di assistenza più urgenti richieste dalla situazione critica. Non esistevano assistenti sociali con competenze adeguate per fornire un tale aiuto; si afferma che il servizio sociale iniziale rappresentò una risposta a questa necessità, creando quasi simultaneamente cinque scuole che accolsero gli ideali e le ispirazioni diffuse nel paese: il principio democratico e i valori di libertà e

uguaglianza tra i cittadini; il desiderio di rinnovare e modernizzare il paese, e l'intento di aggiornare le strutture assistenziali, che risultavano insufficienti per soddisfare i bisogni della popolazione. Si considera che la nascita delle prime iniziative di servizio sociale sia una risposta all'urgenza dei problemi post-bellici, ma essa derivò anche dalla consapevolezza che promuoveva e al tempo stesso sosteneva un nuovo concetto di coesione sociale, centrato sulla dignità dell'individuo e su una nuova visione di cittadinanza. Il concetto fondamentale del servizio sociale si basa sui principi enunciati dalla Costituzione repubblicana. Le fondamenta del servizio sociale sono, fin dall'inizio, la centralità dell'individuo, unita alla responsabilità dell'assistente sociale nell'impegno civico. I fondatori della professione sostenevano che questa figura non dovesse essere identificata con quella di un funzionario burocratico, ma dovesse incarnare quella di un operatore moderno con un ruolo cruciale nella promozione della democrazia e di una società più equa. L'assistente sociale doveva avere un ruolo attivo nel promuovere la partecipazione delle minoranze, nella tutela dei diritti e nello sviluppo di una struttura sociale appropriata, ossia una società in cui venissero garantiti una maggiore giustizia sociale e l'uguaglianza tra i cittadini. Lo scopo del servizio sociale iniziale era implementare interventi volti a facilitare l'inclusione sociale di tutti i cittadini, in particolare delle fasce più emarginate, contribuendo così a realizzare la democrazia. (G. Pieroni, M Dal Pra Ponticelli, 2005)

Dall'inizio degli anni settanta nel servizio sociale italiano, si sono verificati i primi sintomi di una crisi profonda. La consapevolezza era maturata sull'inadeguatezza di un'attività professionale incentrata solo su situazioni problematiche individuali: questo si basava su ricorrenze precostruite e limitate, pertanto non poteva influenzare efficacemente i problemi sociali, vecchi e nuovi. Di conseguenza sono state avviate riflessioni sull'aspetto politico del ruolo del servizio sociale, che è progettato per cambiare le istituzioni e per incoraggiare il progresso tra individui, gruppi e comunità

Nel 1970, istituendo governi locali e trasferimento di doveri ai leader della comunità, come incaricato dall'articolo 117 della Costituzione, ha gettato le basi per migliorare le organizzazioni di benessere pubblico, consolidando il piano al gruppo di vicinato avrebbe quindi preso la carica, attraverso i suoi programmi, per soddisfare le richieste e i diritti dei residenti in modo unificato e mondiale. Il percorso di questa procedura è stato lungo e intricato. Nel cuore del nuovo assetto dei servizi è stata collocata la zona socio-sanitaria, ritenuta la regione migliore per fondere l'offerta sociale e quella sanitaria e per consentire ai residenti di impegnarsi nel presidio e nella regolazione di queste.. La strategia in tutto il mondo, fermando i problemi prima di iniziare, coinvolgendo le persone, e fost il posto

di lavoro ha visto un'azione intensa, poiché si pensava fosse un momento cruciale per l'aiuto sociale, poiché, oltre 30 anni dopo che la professione è iniziata in Italia, le giuste condizioni per l'uso di aiutanti sociali stavano andando a posto. All'interno delle nuove divisioni territoriali, gli assistenti sociali, molti dei quali provengono da gruppi che sono stati sciolti dopo il decreto presidenziale 616/1977, sarebbero stati integrati, consentendo il servizio sociale professionale che il servizio sociale territoriale non si è limitato a affrontare solo problemi e bisogni esistenti. Sotto una grande riconsiderazione e adattamento, portando al riconoscimento della comunanza nei metodi di intervento del servizio sociale e all'eradicazione finale dei metodi fino ad allora, erano stati discussi i metodi; Si è reso conto che il metodo è singolare, indipendentemente dall'ambito del coinvolgimento dell'assistente sociale e che la distinzione si verifica attraverso una variegata applicazione di strumenti e tecniche. Nel contesto dei nuovi servizi sociali, istituiti e gestiti dall'autorità locale, la professione è stata in grado di riconnettere le tre dimensioni del suo metodo operativo specifico, attivando interventi che possono assumere un valore tridimensionale, come oggetto dell'intervento di servizio sociale è configurato come l'interazione in caso di intervento politico. Accesso per superare il proprio stato di disagio, sia momentaneo che permanente. L'assetto del nuovo quadro socio-sanitario è stato riconosciuto come lo sfondo organizzativo che avrebbe consentito al lavoro di perseguire obiettivi corrispondenti ai propri, come unire. La discussione iniziata negli anni '70 e '80 si è concentrata sull'importanza dei servizi sociali nell'impegno sociale e politico del quartiere, sulle potenzialità di scoprire e utilizzare risorse non solo individuali. Come il problema derivante dalla mancanza di riconoscimento legale della qualifica, che spesso ha portato gli assistenti sociali a sopportare condizioni di lavoro ingiuste e nelle nuove offerte, gli assistenti sociali, che lavorano con altri esperti come medici e terapeuti, con profili riconosciuti e spesso più importanti, hanno iniziato a mostrare un vero dilemma di identità. La reazione a questa crisi ha portato a un'ampia mobilitazione per il riconoscimento del titolo; In effetti, il D. P. R. è stato approvato il 15 gennaio 1987 n. 14, che ha sanzionato il valore di qualificazione del diploma di assistente sociale, riconoscendo come unico titolo qualificante all'esercizio della professione emessa dalle scuole universitarie dirette per scopi speciali. Il riconoscimento del titolo segna la fase iniziale che, in meno di dieci anni, comporterà l'istituzione di due livelli di rendimento accademico e una qualifica specializzata. Gli assistenti sociali, dal loro lavoro, si sono confrontati con questioni derivanti dalle guasti nei sistemi di servizio, che stanno crescendo più sfidati da fallimenti, forniture limitate e nuove tendenze sociali. Negli anni ottanta, in particolare nell'ultima parte, la crisi del sistema di welfare si è intensificata in modo ingestibile. Negli ultimi dieci anni del secolo, a causa dei problemi con le reti di sicurezza sociale, ci sono stati importanti cambiamenti che hanno portato a passare oltre il vecchio sistema in cui solo il governo ha fornito benessere. In una certa rete di sicurezza sociale, principalmente attraverso i servizi pubblici locali nei settori della vita dei cittadini, il

servizio sociale, a seguito di una strategia in tre parti, ha agito come un collegamento quasi richiesto tra le politiche governative e i loro beneficiari, i cittadini che hanno ricevuto la situazione aggiornata, insieme alla diminuzione dei fondi pubblici, è stato aumentato il numero di entità sociali che hanno partecipato alla creazione del benessere. . All'apparato pubblico di organizzazione e di offerta di servizi si sono affiancati sia il settore privato, il mercato sia il terzo settore. Quest'ultimo è divenuto un soggetto sempre più presente e incisivo nell'ambito delle politiche locali, essendosi conquistato un ruolo centrale nella gestione, nell'organizzazione e nella programmazione dei servizi, (G. Pieroni, M Dal Pra Ponticelli, 2005)

In questo contesto di welfare plurale, il servizio sociale ha assunto un ruolo cruciale, legittimato dalla sua integrazione tra i livelli essenziali di assistenza. Gli assistenti sociali hanno potuto attingere a competenze tecniche ed esperienziali, contribuendo alla promozione della salute e del benessere nelle comunità, e rafforzando il legame tra le politiche pubbliche e i cittadini. Questo nuovo scenario ha portato a una maggiore responsabilità e possibilità di intervento per i professionisti, rendendo il servizio sociale un elemento chiave nella costruzione di politiche locali integrate

“Il servizio sociale ha dimostrato soprattutto in questi ultimi anni di essere in grado di rappresentare un pilastro fondamentale per i Comuni e per le zone sociosanitarie, per attivare iniziative di conoscenza dei problemi, di prospezione dei servizi più adeguati ad affrontarli, di organizzazione e gestione di tali servizi e di elaborazione, insieme alle persone in difficoltà, di progetti individuali per l'attuazione di percorsi di reinserimento sociale”. (M. Dal Pra Ponticelli, 2020)

Come sostiene Maria Dal Pra Ponticelli nel suo libro *Introduzione al servizio sociale Storia, principi, deontologia*:

“Nel nuovo assetto del sistema integrato di prestazioni e interventi sociali, la professione richiede un cambiamento di prospettiva piuttosto che l'acquisizione di nuove tecniche. Questo significa ripensare il modo in cui ci si presenta e superare l'atteggiamento di attesa passiva da parte degli utenti, che si recano al servizio con un problema o un bisogno specifico. Da qui nasce la necessità di muoversi attivamente verso l'esterno, facendosi conoscere e riconoscere nelle comunità, e collaborando con i diversi attori per costruire sinergie e sviluppare interdipendenza. Le nuove disposizioni legislative mirano a creare una rete integrata di servizi e prestazioni fornite da vari soggetti, sia istituzionali che non. In un contesto dove

collaborazione, sviluppo e potenziamento delle risorse diventano centrali, è fondamentale che il lavoro di rete diventi il metodo preferito, rispetto ad altre pratiche più incentrate sui percorsi istituzionali. Il ruolo del servizio sociale si sta evolvendo verso quello di case management, che implica la responsabilità del caso e l'organizzazione di risorse provenienti da vari soggetti. All'interno di questa rete di soggetti e risorse, l'assistente sociale deve assumere il ruolo di case manager, spostando l'ottica dall'intervento specifico per rispondere al bisogno dell'utenza, verso la creazione di un progetto che attivi, organizzi e integri una varietà di risorse: istituzionali, di volontariato, formali, informali, personali e familiari. Il case manager diventa così colui che crea e intreccia relazioni, scommettere su ciò che può accadere e rende queste possibilità più probabili, lavorando per attivare sinergie e ottimizzare risorse e prestazioni provenienti da fonti diverse. (G. Pieroni, M Dal Pra Ponticelli, 2005)”

1.2 Origini dell'assistenza

Sul territorio italiano le origini dell'assistenza sono ascrivibili al Cristianesimo e grazie all'Impero romano, si concretizza il principio di carità verso i sofferenti o in condizione di difficoltà economica.

“Si dovrà attendere il medioevo per trovare i primi ospizi e le istituzioni di assistenza all'interno o nei pressi dei conventi, che successivamente, durante il Rinascimento e l'Illuminismo, si trasformano in Opere Pie, per la maggior parte espressione del mondo cattolico” (Battilani P. e Zamagni, S. 2001).

L'assistenza è vista come un atto individuale, di natura religiosa e paternalistica, svolto dalla Chiesa, oltre che da borghesi e aristocratici, spesso motivati da principi etico-religiosi, con l'intento di alleviare i bisogni delle persone meno fortunate. Le Opere pie operano con complete autonomia rispetto al potere civile, che generalmente rimane estraneo a questo settore.

Dopo l'unità d'Italia, il nuovo Governo italiano inizia a occuparsi di assistenza all'inizio degli anni '80, quando il Parlamento avvia un'inchiesta su tutte le Opere pie esistenti, analizzando le loro risorse patrimoniali, il numero di assistiti e le prestazioni fornite sia in denaro che in beni.

Le IPAB (Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza) si dedicano principalmente al

settore socio-assistenziale, partecipando attivamente agli interventi di integrazione sociale. Costituite grazie ai beni di cittadini privati, queste istituzioni permettevano di prestare assistenza ai più poveri o di contribuire al miglioramento morale ed economico degli indigenti.

La legge Crispi (legge n. 6972, entrata in vigore il 17 luglio 1890) ha comportato una parziale laicizzazione delle Opere pie, conferendo loro la personalità giuridica pubblica e trasformandole in istituzioni di beneficenza (divenendo IPAB nel 1923), e prevedendo un riconoscimento tramite decreto del Capo dello Stato. Ogni istituzione doveva dimostrare di avere mezzi economici adeguati per perseguire le proprie finalità istituzionali, redigendo un bilancio preventivo e un conto consuntivo. Anche tutte le decisioni amministrative dovevano essere soggette a controllo, aumentando notevolmente le responsabilità degli amministratori.

La legge Crispi ha introdotto anche il domicilio di soccorso, stabilendo che l'assistenza al cittadino indigente spettasse al Comune in cui risiedeva da almeno cinque anni. Sebbene la legislazione sociale e del lavoro fosse allora molto arretrata, furono emanate alcune leggi in settori specifici: nel 1904, una legge per l'assistenza ai malati di mente; nel 1907, una legge per la distribuzione di medicinali ai poveri. La seconda fase dello sviluppo di un sistema di protezione sociale iniziò nel 1919 e si protrasse fino ai primi anni '70, caratterizzata da una progressiva creazione di enti amministrativi per l'assistenza e un incremento nel sistema di assistenza specifica per determinate categorie. Durante il periodo fascista, la proliferazione di interventi per categorie specifiche andò di pari passo con la politica corporativa del regime, nonostante vennero emanate leggi significative per l'assistenza pubblica.

Il raggiungimento degli obiettivi fondativi era garantito dai mezzi economici adeguati e sufficienti (vene immobili e mobili) donati dai mecenati. Dotate di autonomia finanziaria iniziale, queste istituzioni garantivano un livello di servizi sociali conforme a quanto previsto dal fondatore. Inizialmente parte delle Opere pie ed altri Enti morali, le IPAB, per oltre un secolo, hanno offerto assistenza agli anziani, alle persone con disabilità, ai minori e ad altre categorie vulnerabili, occupandosi di formazione e educazione, gestendo brefotrofi, ospizi, ricoveri, collegi, asili e tanto altro.

I servizi socio-sanitari sono organizzati per mettere la persona e la sua famiglia al centro

nella definizione dei progetti di sostegno, rispondendo a bisogni complessi e multidimensionali.

Nonostante la legge Crispi avesse lasciato irrisolti diversi problemi, tra cui il mancato coordinamento dell'assistenza e della beneficenza in tutte le sue forme, l'inefficienza dell'apparato pubblico subì ulteriori appesantimenti burocratici.

La "legge Giolitti" del 18 luglio 1904, completando la legge Crispi, ha istituito le Commissioni provinciali di assistenza e beneficenza, ispirandosi ai Consigli provinciali sanitari e scolastici, e un Consiglio superiore per le azioni a livello nazionale, creato all'interno del ministero dell'Interno. Questi nuovi organismi, con il compito di coordinamento, avevano come scopo principale quello di rispondere ai rapidi cambiamenti sociali, all'emergere della classe operaia, alle tensioni sociali e a nuove forme di assistenza, come il salario sociale per i disoccupati e la transizione dalla mutualità privata all'assicurazione obbligatoria (T.U. numero 51 del 31 gennaio 1904).

Le Province, tramite la legge 36 dello stesso anno, furono incaricate anche dell'assistenza ai malati di mente.

Il regolamento per l'attuazione della legge Giolitti richiese alle Congregazioni di carità di registrare i dati dei minori assistiti e di trasmetterli alle Commissioni provinciali, facilitando così il loro compito di vigilanza.

In sostanza, la legge rafforzò il ruolo centrale dello Stato: quando fu vista come una vera e propria "ingerenza", scatenò reazioni da parte delle Opere pie, generando ulteriori conflitti, accentuati dall'inerzia dell'amministrazione statale e dal limitato impegno economico dello Stato. Questi problemi sfociarono in una drammatica emergenza durante il periodo bellico, quando le opere pie si trovavano in una crisi finanziaria profonda, mitigata solo da leggi e stanziamenti speciali.

In Italia, la nascita di un sistema di previdenza sociale si verificò solo tra gli ultimi due decenni dell'Ottocento e la Prima guerra mondiale. Diverse cause contribuirono a questo ritardo, inclusa la lenta realizzazione del processo di industrializzazione e i mutamenti sociali ad esso correlati rispetto ad altri paesi europei. L'unificazione politica in uno stato nazionale avvenne solo nel 1870 e le classi dirigenti del periodo post-unitario non intrapresero con decisione la strada delle riforme strutturali. La Chiesa cattolica,

desiderosa di non perdere la sua forte influenza nelle opere di assistenza, ha avuto un ruolo frenante. Nel corso dei secoli, grazie all'iniziativa privata, in gran parte sostenuta dalla Chiesa, sono emerse moltissime istituzioni di beneficenza come ospedali, istituti di ricovero, convitti e collegi, mentre la presenza pubblica rimaneva molto limitata.

Negli anni successivi all'unificazione, si affermò l'ideologia della beneficenza legale, interventi assistenziali finanziati mediante l'imposizione fiscale, che avrebbero dovuto sostituire l'intervento pubblico a quello ecclesiastico. Tuttavia, le classi dirigenti non hanno mai elaborato un progetto concreto in tal senso, né avviato una riorganizzazione complessiva delle numerose istituzioni di beneficenza e opere pie. Nei tre decenni seguenti, emersero alcuni istituti di beneficenza legale, tra cui il mantenimento da parte delle province dei malati di mente e dei bambini illegittimi.

La struttura della beneficenza legale era così delineata: in prima istanza, il soccorso alla persona bisognosa veniva fornito dalle istituzioni di beneficenza; se queste non potevano intervenire, subentravano le congregazioni di carità. In ultima istanza, subentrava il Comune, tenuto al domicilio di soccorso, e se nemmeno il Comune poteva garantire assistenza, il compito ricadeva sullo Stato.

Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, fino al 1925 operavano in Italia moltissime casse mutue; in quell'anno fu soppressa la Federazione italiana delle società di mutuo soccorso.

1.3 Assistenza durante il Fascismo

Come esplicitato dall'articolo la storia dell'assistenza "dell'Istituto Romano San Michele":

L'ascesa del regime fascista fu accompagnata da un vasto programma di rinnovamento legislativo tendente principalmente a rafforzare il ruolo di controllo e di indirizzo dello Stato italiano. Anche la legislazione sulle istituzioni pubbliche di beneficenza non tardò ad arrivare: i 44 articoli del regio decreto numero 2841 del 30 dicembre 1923 annullarono la legge Giolitti, perché il suo ordinamento su base provinciale contrastava con l'accentramento amministrativo, e sostituirono gran parte delle disposizioni della legge Crispi in una logica di "Stato sociale".

Innanzitutto le "Istituzioni pubbliche di beneficenza" (Ipb) mutarono la denominazione in "Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza" (Ipab), la cui

nomina dei responsabili fu affidata prevalentemente alle associazioni produttive (prima al Patronato nazionale di assistenza sociale presso il ministero dell'Interno, poi all'Ente opere assistenziali, infine all'Ente comunale di assistenza presso la prefettura). Gli organismi con attività di culto prevalente su quella caritativa vennero esclusi dall'ordinamento assistenziale soltanto in seguito ai Patti Lateranensi dell'11 febbraio 1929.

Il decreto snellì le amministrazioni, intensificando i controlli repressivi, e federò le Ipab per unificare i servizi amministrativi. Ma soprattutto si verificò ciò che oggi chiameremmo *spoil system*: in numerose opere pie vennero sostituiti i vecchi amministratori, per lo più cattolici e socialisti, con i nuovi di fede fascista. L'opera di "fascistizzazione" dell'assistenza fu completata con l'adozione obbligatoria degli statuti, assenti in molte istituzioni perché caratterizzate da prassi secolari: ciò consentì di governare le nomine degli amministratori.

Il fascismo intervenne anche nella formazione del personale, storicamente carente di una vera e propria professionalità, creando un sistema di scuole per diplomare il personale idoneo ad operare nelle Ipab. Tra le nuove istituzioni ricordiamo l'istituto "San Gregorio al Celio" a Roma, avviato nel 1928 per diplomare assistenti sociali specializzati nel lavoro di fabbrica.

La legge numero 847 del 3 giugno 1937 istituì gli Enti comunali di assistenza (Eca), di fatto "enti corporativi autarchici", sopprimendo nel contempo le ormai vecchie Congregazioni di carità. Grazie a queste nuove strutture si avviò un'azione di decentramento delle Ipab con un impianto di uffici periferici e furono sperimentate le prime forme di "fiscalizzazione degli oneri sociali", prevedendo un'addizionale sulla dichiarazione dei redditi dei contribuenti (anticipando ciò che sarà poi stabilito negli anni Sessanta).

Il fascismo ha rilanciato il ruolo della famiglia e della donna nell'assistenza, introducendo incentivi alle famiglie numerose, alla costituzione di nuovi nuclei familiari e alla maternità. Significative modifiche legislative sono state apportate nel campo dell'assicurazione previdenziale, in linea con la concezione corporativa del regime.

Emblematica è l'istituzione, nel dicembre 1925, dell'Opera Nazionale per la Maternità e l'Infanzia (ONMI), un ente fortemente centralizzato per coordinare le iniziative a favore dell'infanzia e orientato principalmente a sostenere la politica

demografica. L'ONMI rimarrà attivo anche dopo la caduta del fascismo e sarà disciolto solo nel dicembre 1975, dopo cinquant'anni di attività.

1.4 Assistenza dagli anni settanta a oggi

Dagli anni '70, l'Italia ha visto molti cambiamenti significativi, specialmente in fatto di politiche sociali e di assistenza. Iniziando con la creazione delle Regioni nel '70 e arrivando fino alla legge 328 del 2000, ci sono stati diversi passaggi importanti. Per esempio, nel maggio '70, grazie alla legge 281, sono state riorganizzate le strutture e le funzioni degli enti locali. Nel '72, con il DPR 9, le Regioni hanno ricevuto le funzioni relative alla beneficenza pubblica e è stato creato il Comitato Regionale di Controllo, detto CORECO. Poi, nel '77, il DPR 616 ha ridato una nuova forma alla beneficenza pubblica, trasferendo le funzioni delle IPAB ai Comuni, tranne per quelle che riguardavano attività educative e religiose. E c'è stata anche una distinzione tra prestazioni previdenziali e assistenziali, con le prime che sono rimaste in mano a enti nazionali e le seconde a enti locali. Alcuni interventi della Corte Costituzionale, come le sentenze del '81 e del '88, hanno dichiarato che il trasferimento delle IPAB ai Comuni non era valido, riportandole sotto la legge Crispi del 1890. Col tempo, senza un intervento legislativo, molte IPAB sono state privatizzate, facendo emergere l'importanza economica dei loro beni. Ci sono stati anche tre decreti-legge nel '79 che volevano escludere alcune IPAB dal passaggio ai Comuni, ma alla fine non sono stati convertiti in legge. Nel '90, il decreto del presidente del Consiglio ha cercato di rispondere alle sentenze, proponendo di dare alle IPAB la personalità giuridica di diritto privato. Questo tentativo ha cercato di uniformare il riconoscimento per le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, ed è stato un passo significativo, soprattutto in un periodo di cambiamenti sociali come le conquiste per la parità di genere e l'istituzione di servizi come asili e consultori. Infine, con l'arrivo del nuovo millennio, la legge 328 dell'8 novembre 2000 ha cercato di riformare le politiche sociali, promuovendo coordinamento e integrazione dei servizi e dando più valore al terzo settore e al volontariato. Questa legge cerca di creare una rete integrata di servizi e interventi, armonizzando tutto ciò che è assistenziale, sanitario, formativo e occupazionale, per garantire standard omogenei in tutto il paese. A proposito delle IPAB, il legislatore ha stabilito che quelle che forniscono servizi assistenziali devono unirsi e trasformarsi in Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona.

Dagli anni 70 in poi ci sono stati vari eventi che hanno portato a un cambiamento della riforma delle politiche sociali e delle istituzioni assistenziali in Italia, a partire dall'istituzione delle Regioni nel 1970 fino all'introduzione della legge-quadro numero 328 del 2000.

Con il nuovo millennio, la legge-quadro numero 328 dell'8 novembre 2000 ha cercato di riformulare le politiche sociali, promuovendo un coordinamento e integrazione dei servizi e valorizzando il ruolo del terzo settore e del volontariato. Questa legge ha cercato inoltre di promuovere una più forte concertazione tra i differenti livelli istituzionali. In particolare, la legge mira alla creazione di una rete integrata di interventi e servizi – armonizzando quelli assistenziali, sanitari, formativi e occupazionali – per assicurare standard di prestazioni omogenee sul territorio nazionale.

La legge ha previsto che le IPAB che erogano servizi assistenziali dovessero essere accorpate e trasformate in Aziende pubbliche di Servizi alla Persona.

Questa evoluzione normativa mostra come le politiche sociali italiane siano state influenzate da cambiamenti sociali, giuridici e dalla necessità di modernizzare il sistema di assistenza, promuovendo una maggiore integrazione e coordinamento tra i diversi livelli istituzionali e servizi.

1.5 Aziende pubbliche di Servizi alla Persona

Le Aziende pubbliche di servizi alla persona, (ASP), sono:

Un'idea importante nel mondo dei servizi sociali e sanitari. Hanno un approccio nuovo alla gestione, che cerca di far capire meglio il loro ruolo e l'impatto sociale, economico e competitivo che hanno. Con la trasformazione delle IPAB in ASP, l'obiettivo è mettere in piedi qualcosa di più strutturato e utile per la parte pubblica che fornisce servizi a tutti, a qualsiasi età, nell'ottica di una maggiore integrazione socio-sanitaria. Le ASP aiutano a gestire i servizi in modo unificato e a migliorarli, superando il problema della frammentazione e lavorando insieme ad altri enti e servizi che sono parte del welfare della comunità. Insomma, l'ASP è pensata come un'azienda multifunzionale, in grado di offrire servizi in modo efficiente, economico e di qualità, riorganizzando l'offerta pubblica nel territorio, insieme agli altri attori pubblici e privati per creare una rete di servizi integrati. L'articolo 10 della legge stabilisce i principi per integrare le ex IPAB nel sistema dei servizi locali, sostenendo la loro trasformazione in Aziende di servizi alla persona. In

sostanza, queste norme le inseriscono nei piani regionali e nella programmazione dei Piani di zona, e prevedono anche che possano diventare associazioni o fondazioni private. L'idea è di una "depubblicizzazione" parziale, ponendo l'accento su requisiti tipici del terzo settore, come efficienza e economicità, e cambiando il modo in cui si gestiscono le operazioni, passando da controlli formali a quelli sui risultati. Il D.lgs 207/2001 assegna alle Regioni il compito di stabilire come le IPAB possano cooperare e lavorare insieme a diversi livelli istituzionali, e ha trasformato le aziende pubbliche delle IPAB che erogano servizi. Questo decreto distingue tra due categorie: quelle che rimangono aziende pubbliche e quelle che diventano associazioni o fondazioni private, accedendo a benefici come le erogazioni liberali. In pratica, con la riforma, molte IPAB sono diventate persone giuridiche di diritto privato. Detto questo, la riforma non è stata uniforme, soprattutto per via della riforma del Titolo V della Costituzione del 2001, che ha dato più potere alle Regioni. Così, da un lato alcune Regioni hanno seguito le linee guida della legge, mentre altre le hanno trattate come suggerimenti. (Recubini 2014)

In sostanza, le ASP possono davvero aiutare a far fronte alle sfide del welfare moderno, offrendo un servizio più integrato che risponde meglio ai bisogni delle comunità. Però, è molto importante che le Regioni abbiano un approccio coerente, così da evitare differenze nell'accesso e nella qualità dei servizi. Mettere l'accento sulla qualità, sull'efficienza e sull'integrazione è fondamentale per il nuovo modo di gestire le ASP, ed è cruciale per il futuro del welfare in Italia.

Capitolo 2. Residenze Sanitarie Assistenziali in era Covid-19

2.1 Storia delle Residenze Sanitarie Assistenziali

Come si legge dall'articolo Breve storia delle RSA fornito da Cisl Pensionati FNP:

La storia delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) in Italia segna un cambiamento importante su come trattiamo e assistiamo gli anziani che non possono più prendersi cura di sé. Prima degli anni '80, queste strutture erano più dei posti dove si offriva assistenza che cure vere e proprie, e spesso le esigenze sanitarie degli ospiti venivano dimenticate.

Federico Berti nell'articolo dall'ospizio alla casa di riposo aggiunge:

Tutto cambia con la Legge Finanziaria del 1988: il governo italiano avvia un piano di dieci anni per investire nel settore sanitario, creando 140.000 posti in RSA. Questo è l'inizio di una serie di riforme negli anni '90 che chiariscono che ruolo devono avere le RSA e quali requisiti devono rispettare per garantire ai residenti un'assistenza adeguata.

Con il Progetto Obiettivo Anziani del 1992, si introducono idee nuove, come l'approccio globale al paziente, che tiene conto non solo dei suoi bisogni fisici ma anche delle relazioni sociali e dell'ambiente in cui vive. Insomma, si passa da un approccio basato solo sui farmaci a uno che punta di più sulla prevenzione e sulle terapie riabilitative, cercando di mantenere le capacità residue degli anziani.

L'articolo Breve storia delle RSA fornito da Cisl Pensionati FNP ci spiega le caratteristiche delle RSA:

“La caratteristica principale della RSA, che la distingue da altri tipi di struttura, è il fatto di essere una struttura extra ospedaliera riservata a persone non autosufficienti. Proprio per questo, vista la delicatezza delle condizioni delle persone ospitate, la normativa prevede una serie di vincoli da rispettare, relativi al

personale che deve essere presente nella struttura, agli standard di qualità e alle dimensioni ottimali (la RSA dovrebbe superare la vecchia idea di strutture enormi e spersonalizzanti: il massimo di persone ospitate infatti dovrebbe essere 60). Sono presenti inoltre vincoli nel posizionamento (una RSA dovrebbe sempre trovarsi in zone urbane o ben collegate con mezzi pubblici) e nell'assenza di barriere architettoniche. Ogni RSA, inoltre, deve essere provvista di una carta dei servizi facilmente consultabile. Le RSA si distinguono da altre strutture perché sono extra-ospedaliere e dedicate specificamente a chi non è autosufficiente. Per garantire un buon servizio, ci sono regole sul personale, gli standard e le dimensioni massime delle strutture, che non dovrebbero superare i 60-80 ospiti. Inoltre, devono essere situate in zone urbane o ben collegate ai mezzi pubblici e devono essere prive di barriere architettoniche, in modo che gli ospiti possano muoversi facilmente. Ogni RSA deve anche avere una carta dei servizi, che sia chiara e consultabile da utenti e familiari, per garantire trasparenza e accessibilità alle informazioni sui servizi che offrono. Tutto questo ha trasformato le RSA da semplici luoghi di ricovero a strutture sanitarie che forniscono assistenza integrata, rispettando dignità e necessità degli anziani. La storia delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) in Italia rappresenta un'evoluzione significativa nel modo in cui vengono trattati e assistiti gli anziani non autosufficienti. Fino agli anni '80, le strutture residenziali per anziani erano prevalentemente luoghi di assistenza piuttosto che di cura, e le esigenze sanitarie dei residenti venivano spesso trascurate.”

Questo processo ha trasformato le RSA da semplici luoghi di ricovero in strutture sanitarie che offrono un'assistenza integrata e rispettosa della dignità e delle esigenze degli anziani.

L'Enciclopedia britannica definisce la casa di cura (*nursing home*) come una:

Struttura destinata alla cura, solitamente a lungo termine, di pazienti che non sono abbastanza gravi da aver bisogno di un ospedale, ma nemmeno abbastanza autosufficienti per restare a casa propria. Storicamente, molti dei residenti erano anziani o malati con disabilità irreversibili e l'assistenza medica o infermieristica era minimale. Oggi le case di cura hanno un ruolo più attivo nella cura della salute, aiutando i pazienti a tornare in casa propria, o tutt'al più a convivere con un familiare. Queste strutture assolvono il compito di decongestionare le strutture ospedaliere destinate a problemi più gravi, migliorando le prospettive dei pazienti con disturbi cronici. In ogni caso la qualità delle cure può variare sensibilmente, e

il rischio di abusi potenziali è sempre dietro l'angolo". (Federico Berti, 2022)

Federico Berti nell'articolo "dall'ospizio alla casa di riposo" afferma.

"Fino alla prima metà del Novecento la *cura degli anziani* era un problema relativo e andava a confluire nell'ambito più vasto della cura agli emarginati. Finiva nel ricovero chi non aveva una famiglia in grado di tenerlo in casa e chi non poteva permettersi una servitù personale per accudirlo, dunque l'anziano non autosufficiente, povero e solo. L'ospizio veniva gestito generalmente da confraternite religiose, istituzioni caritatevoli, ed era per lo più carente di servizi, in condizioni igieniche tendenzialmente precarie, l'anziano stesso condivideva lo spazio con mendicanti, alcolizzati e pazienti affetti da disturbi della personalità o come si diceva allora, folli. Questi ricoveri venivano incontro al problema di togliere i mendicanti dalle strade, per esigenze di ordine pubblico, prima che al bisogno di cure. [...] Gli anziani soli, non autosufficienti, emarginati, si muovono nella storia in questo variegato panorama di uomini e donne ridotte a ombre, privati di una personalità giuridica. A partire dal XVI secolo addirittura alcune di queste strutture diventeranno delle case-lavoro, gli ospiti delle quali verranno ulteriormente sfruttati dal sistema produttivo introdotto dalla seconda rivoluzione industriale. Dagli orfani agli anziani, attraversando poveri, mendicanti, ubriaconi, reduci di guerra, folli e ogni sorta di rifiuto della società. Tra Settecento e Ottocento, l'amministrazione di queste strutture passerà alle istituzioni pubbliche e private, verrà laicizzata, sebbene si continui per lungo tempo a ricorrere all'ausilio di ordini religiosi con funzione ausiliaria nell'assistenza.

Se dovessimo tracciare una storia delle case di riposo potremmo risalire al 1355, quando a Siviglia nasce *l'Amparo delos Vejos*, ovvero il *ricovero degli anziani*, considerato la più antica casa di riposo in Europa, dedicata fin da allora al "Sostentamento e al dono della onorabile senilità e venerabile vecchiaia". Negli **Annali di Ortiz de Zúñiga** (1677) è menzionato l'Hospital de San Bernardo, nella parrocchia di San Juan de la Palma fondata da una confraternita religiosa le cui regole formalizzate nel XIV secolo e riformate nel 1736 sono un documento utile a ricostruire la storia della cura degli anziani.

Interessanti i requisiti per esservi accolti, poiché bisognava avere più di sessant'anni, essere originari di Sevilla, sani e in buona salute, essere stati benestanti e poi caduti in povertà. Nativi della città dunque, non immigrati o acquisiti per lontana parentela, ma soprattutto auto-sufficienti ed appartenenti alle

classi più elevate. Una struttura che oggi definiremmo classista e razzista, pensata e amministrata dal clero cattolico spagnolo. Durante la dittatura di Franco l'istituto cade in disgrazia, Morales Padrón lo descrive in *Sevilla Insolita* come un patio freddo, diroccato, buio, senza uccelli, infestato dai ratti. Nel 1968 viene definitivamente svuotato e saccheggiato dalle stesse amministrazioni pubbliche. Solo nel 2014 verrà nuovamente restaurato e al suo interno rinascerà un *Centro diurno di partecipazione attiva* che organizza corsi, convegni, attività culturali destinate agli anziani.

In conclusione il concetto stesso di assistenza agli anziani viene a svilupparsi nell'ambito più complesso e controverso dei sistemi concentrazionari destinati a togliere dalle strade mendicanti, emarginati, folli, per convogliarli in istituti più simili a bagni penali che a case di cura. Verso la metà dell'Ottocento si perverrà a una laicizzazione di queste strutture, nella prima metà del Novecento alla specializzazione del personale e a nuove forme di regolamentazione, che tuttavia non interverranno in modo significativo sui sistemi coercitivi e di contenzione caratteristici dei manicomi. Solo con le novità introdotte dal sistema sanitario nazionale nella seconda metà del Novecento, con la chiusura dei manicomi e la riforma delle residenze sanitarie, si perverrà a una ridefinizione dei bisogni e delle competenze di queste strutture, [...] come residenze sanitarie assistite, preposte alla cura del paziente e alla valorizzazione delle cosiddette 'capacità residue', nel quadro più generico di un ripristino della dignità personale anche nell'ultima fase della vita del cittadino.

La storia delle strutture assistenziali è complessa e caratterizzata da una notevole eterogeneità, influenzata da fattori economici e sociali. Pregiudizi di classe e razza hanno influenzato l'accesso a queste strutture, come dimostrato dall'esempio del ricovero di Siviglia, che aveva requisiti di ammissione molto restrittivi e discriminatori.

Come si legge dall'articolo "El Hospital de los Viejos": la storia della più antica casa di riposo d'Europa, a Siviglia fornito dal sito "la casa di riposo.it"

Nel 1355, nasce a Siviglia il ricovero degli anziani, considerato la più antica casa di riposo in Europa, dedicata fin da allora al "Sostentamento e al dono della onorabile senilità e venerabile vecchiezza". Negli Annali di Ortiz de Zúñiga (1677) è menzionato l'Hospital de San Bernardo, nella parrocchia di San Juan de la Palma fondata da una confraternita religiosa le cui regole formalizzate nel XIV secolo e riformate nel 1736 sono un documento utile a ricostruire la storia della cura degli

anziani. (Pedro Vázquez 2021).

Come esplicita Federico Berti i requisiti per esservi accolti, erano i seguenti:

Bisognava avere più di sessant'anni, essere originari di Sevilla, sani e in buona salute, essere stati benestanti e poi caduti in povertà. Nativi della città dunque, non immigrati o acquisiti per lontana parentela, ma soprattutto auto-sufficienti ed appartenenti alle classi più elevate. Una struttura che oggi definiremmo classista e razzista, pensata e amministrata dal clero cattolico spagnolo. Durante la dittatura di Franco l'istituto cade in disgrazia, Morales Padrón lo descrive in *Sevilla Insolita* come un patio freddo, diroccato, buio, senza uccelli, infestato dai ratti. Nel 1968 viene definitivamente svuotato e saccheggiato dalle stesse amministrazioni pubbliche. Solo nel 2014 verrà nuovamente restaurato e al suo interno rinascerà un *Centro diurno di partecipazione attiva* che organizza corsi, convegni, attività culturali destinate agli anziani. In conclusione il concetto stesso di assistenza agli anziani viene a svilupparsi nell'ambito più complesso e controverso dei sistemi concentrazionari destinati a togliere dalle strade mendicanti, emarginati, folli, per convogliarli in istituti più simili a bagni penali che a case di cura. Verso la metà dell'Ottocento si perverrà a una laicizzazione di queste strutture, nella prima metà del Novecento alla specializzazione del personale e a nuove forme di regolamentazione, che tuttavia non interverranno in modo significativo sui sistemi coercitivi e di contenzione caratteristici dei manicomi.

Come esplicita Rebba V. nell'articolo "Un'analisi dell'efficienza e dei costi delle strutture residenziali per anziani della Regione Veneto"

Le strutture sono molto diverse tra loro, la grande eterogeneità delle strutture si riflette sui livelli e sulla struttura dei costi e delle rette. L'elemento di maggiore importanza per quanto concerne il livello dei costi è rappresentato dalla tipologia degli ospiti ed in particolare dal livello di non autosufficienza di questi e dal correlato fabbisogno assistenziale. Anche la localizzazione territoriale e l'organizzazione del lavoro delle strutture incide però notevolmente sui costi di gestione e quindi, almeno in parte, sulle rette applicate. Una quota della retta viene coperta dal servizio sanitario regionale (direttamente o indirettamente), mentre un'altra quota rimane a carico dell'ospite o, qualora questo e i suoi familiari si trovino in condizioni economiche disagiate, del Comune

La parola 'assistenza' è cambiata molto nel tempo. Da un modo di fare un po' autoritario e focalizzato sul controllo, siamo passati a un approccio più umano, che rispetta la dignità degli anziani. Questo è avvenuto grazie alle riforme del sistema sanitario nazionale negli anni '50 e '60. Tali cambiamenti hanno portato a vedere l'assistenza come una cura che

valorizza le capacità rimaste, il che è davvero un modo diverso di pensare a come ci occupiamo degli anziani. La storia ci mostra che c'è stata una vera evoluzione nel modo in cui vediamo e gestiamo l'assistenza agli anziani, con l'obiettivo di adottare un approccio più umano e rispettoso dei diritti e delle necessità delle persone, anche in questa fase finale della vita.

2.2 Pandemia di Covid-19

I coronavirus sono una famiglia di virus che possono colpire e infettare le vie respiratorie, provocando tutta una serie di sintomi diversi, dal banale raffreddore a malattie respiratorie più gravi come la SARS. Il virus SARS-CoV-2, che non era stato mai visto prima, è all'origine della pandemia di Covid-19 ed è stato identificato per la prima volta a Wuhan, in Cina, alla fine del 2019.

Il virus si diffonde principalmente attraverso goccioline, chiamate droplets, e aerosol, che vengono emessi nell'ambiente quando una persona infetta tossisce, starnutisce o parla e prova a toccarsi il volto inclinando la mano.

I sintomi iniziali comuni includono febbre, tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie e dolori muscolari e un periodo di incubazione che varia tra 2 e 14 giorni. Non tutte le persone infette manifestano sintomi, ma il 20 % circa la malattia può progredire verso forme più gravi. Gli individui anziani e quelli con malattie preesistenti come malattie cardiache, diabete, immunodepresse o tumori maligni hanno un rischio maggiore di complicazioni gravi.

È stato osservato che le persone che si sono riprese da un'infezione da SARS-CoV-2 non sviluppano un'immunità duratura sufficiente a prevenire infezioni, specialmente in presenza di varianti emergenti del virus.

Raccomandazioni per Gruppi Vulnerabili

1. Pazienti con HIV: Seguire le normali misure di igiene, senza evidenze di un rischio maggiore.
2. Pazienti oncologici: Maggiore rischio di infezione e forme severe; necessaria attenzione.
3. Pazienti immunodepressi: Maggiore vulnerabilità a infezioni respiratorie.

4. Pazienti in dialisi e ipertesi: Importante continuare le terapie senza sospenderle.

- Gli anziani sono i più a rischio, con una maggiore probabilità di sviluppare forme gravi di Covid-19. È fondamentale adottare misure di protezione.

Il contenimento dell'epidemia si fonda su misure preventive quali la vaccinazione, l'utilizzo di sistemi di tutela e il pieno rispetto delle misure anti contagio, in grado di limitare la circolazione del virus e il gioco delle sue trasmutazioni.

Quanto a rimedio della paura e dello scoramento generati sin dal principio dalla epidemia, è stata pure una consolazione riscontrata all'atto della pubblicazione di avviati servizi di soccorso psichico a livello nazionale.

Quanto appena esposto evidenzia la complessità della situazione legata al Covid-19 e l'importanza di rimanere informati e seguire le raccomandazioni delle autorità sanitarie.

- Il Covid-19 ha avuto un impatto significativo in Italia, con un alto numero di decessi. Le misure di lockdown si sono rivelate efficaci nel contenere il virus.

- Gli operatori sanitari hanno affrontato enormi sfide e sacrifici, diventando i principali protagonisti nella lotta contro la pandemia.

Dai testi che ho letto e dall'esperienza che ho avuto sia come operatrice ai tempi del Covid-19 che come persona che ha vissuto in quel periodo

- È emersa la necessità di una corretta informazione per contrastare l'infodemia e l'allarmismo.

- La situazione ha messo in evidenza l'importanza della salute pubblica e la necessità di un sistema sanitario robusto e ben equipaggiato.

Tale quadro rappresenta la vasta problematica inerente al virus pandemico e ne sottolinea l'impegno che a tutti si addice di star bene informati e di obbedire ai comandi sanitari.

Ai tempi del Covid-19 gli operatori sociali, tra cui la sottoscritta, dovevano coprirsi con guanti, mascherine, camici visiera e quant'altro previsto dai nuovi dispositivi di protezione individuali (DPI) per gli operatori sanitari era più facile aspettare la fine del turno per recarsi al bagno o anche semplicemente per bere che non invece svestirsi e rivestirsi da capo. Ne hanno portato i segni sul volto, non solo della stanchezza ma anche piaghe ed escoriazioni sul volto e sul corpo per l'uso senza sosta delle protezioni.

in tali esperienze, gravate di preoccupazioni di carattere morale e di affaticamenti d'ordine fisico, si è manifestata la resistenza e il sacrificio degli operatori sanitari impegnati a combattere la malattia in una lotta che all'inefficienza irrimediabile di un apparato nei limiti spesso difettoso o insufficiente, oppose una delle più belle lezioni di stoicismo e di perseveranza. La pandemia ha rivelato tutti i difetti di un sistema che mentre in tempo normale poteva pure funzionare discretamente si è rivelato in un momento d'emergenza estremamente vulnerabile. La mancanza di risorse e di adeguato personale ed a forza di condizioni di lavoro, disumane hanno creato un malcontento generale ed un "burnout" nei valenti elementi dell'arte sanitaria dove non sono mancati coloro che hanno veduto cadere, sì che non per la malattia, ma perchè l'insufficiente concorso del personale a fronte del lavoro da fare rendeva impossibile ad ogni singolo di reggere il peso dell'opera.

In quegli stessi giorni si manifestava un nuovo sentimento, una più intensa coscienza sociale sul valore del lavoro sanitario: il battimani ai balconi, le sottoscrizioni di danaro, le azioni di rendimento, la ribalta della gazzetta non facevano altro che mettere in rilievo l'importanza della professione considerata da un punto di vista di utilità sociale ed in ciò pure risultava, che spesso le teoriche promesse di futuri miglie e erano parole che il vento sparge. Lotta per la dignità personale e riconoscimento del proprio lavoro è uno dei problemi pressanti che oggi si presentano all'arsenale della riorganizzazione sanitaria. Quello che, per la generale indifferenza, ha potuto in parecchi caschi fabbricare le proprie vite, si sente ora sostenuto da tutto l'interesse e confortato da una simpatia che assai spesso, proprio per le ragioni di ordine pubblico appaiono diluite in vaga e generale manifestazione.

La pandemia ha messo in discussione non solo le strutture e la politica sanitaria, ma anche il modo in cui la società riconosca e valorizzi i mestieri che si occupano della salute degli altri. Per questo è necessario che il sistema affronti queste sfide impegnandosi a garantire alle persone che si trovano in prima linea, in ospedali e in altri servizi, condizioni di lavoro adeguate, formazione continua, e sostegno psicologico. Solo così si potrà costruire un futuro che metta davvero al centro del proprio interesse la salute di tutti, in cui gli operatori sanitari lavorino in condizioni umane e serene.

2.3 RSA in Italia

Dai sondaggi dell'Istat, visibili nell'articolo **“Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie”** emergono i seguenti dati:

In Italia, al 31 dicembre 2021, risultano attivi 12.576 presidi residenziali. Vi operano 15.255 “unità di servizio” che dispongono complessivamente di 413.998 posti letto, pari a sette ogni 1.000 residenti. Gli ospiti totali al 31 dicembre 2021 sono 356.556, con un incremento del 4% rispetto all'anno precedente, si inverte così la tendenza del periodo pandemico e il dato si riavvicina a quelli rilevati negli anni precedenti il Covid-19. Il 75% degli ospiti è ultrasessantacinquenne, il 20% ha un'età tra i 18 e 64 anni e il restante 5% è composto da minori. (Istat 2023)

In Italia sono oltre 267 mila gli anziani di 65 anni e più ospiti delle strutture residenziali, quasi 19 anziani per 1.000 anziani residenti, di questi oltre 15 sono in condizione di non autosufficienza (215.449 anziani non autosufficienti). La componente femminile prevale nettamente su quella maschile: su quattro ospiti anziani, tre sono donne. Su oltre tre quarti degli anziani assistiti nelle strutture residenziali, il 77%, ha superato la soglia degli 80 anni di età, quota che sale al 78% per i non autosufficienti. Gli ultraottantenni costituiscono quindi la quota preponderante degli ospiti anziani, con un tasso di ricovero pari a 66 ospiti per 1.000 residenti, oltre 15 volte superiore a quello registrato per gli anziani con meno di 75 anni di età, per i quali il tasso si riduce a 4,4 ricoverati per 1.000 residenti. (Istat, 2023)

Da questi dati emerge come vi siano molti presidi residenziali che accolgono la maggior parte persone oltre i 65 anni di cui la maggior parte sono donne sopra gli 80 anni di età in condizione di non autosufficienza

Delle oltre 15mila unità di servizio quelle che erogano assistenza sociosanitaria sono 8.937, per un ammontare di circa 321 mila posti letto (il 77,5% dei posti letto complessivi). L'offerta residenziale si riduce sensibilmente per le unità di servizio che svolgono soprattutto funzione di tipo socioassistenziale: le unità così classificate ammontano a 6.318 e dispongono in totale di 93.112 posti letto (il 22,5% dei posti letto complessivi). Le unità di servizio sociosanitarie assistono prevalentemente utenti anziani non autosufficienti, destinando a questi ospiti il 75% dei posti letto disponibili, mentre agli anziani autosufficienti e alle persone con disabilità ne vengono destinati, rispettivamente, il 9% e il 7%. Le unità di tipo socio assistenziale sono prevalentemente orientate a fornire accoglienza e tutela a

persone con varie forme di disagio. In particolare, il 41% dei posti letto è indirizzato all'accoglienza abitativa e il 40% è dedicato alla funzione socio educativa e ospita principalmente minori di 18 anni. Le unità che assolvono in prevalenza una funzione tutelare - volta a supportare l'autonomia dei propri ospiti (anziani, adulti con disagio sociale, minori) all'interno di contesti protetti - assorbono il 14% dei posti letto. L'offerta residenziale sul territorio è molto differenziata rispetto alle categorie di utenti assistite. Nelle regioni del Nord prevale la concentrazione di servizi rivolti agli anziani non autosufficienti (69,9% nel Nord ovest e 73,8% nel Nord est), il doppio rispetto al Mezzogiorno. Il Centro copre una quota maggiore, rispetto al dato nazionale, di posti letto dedicati agli anziani autosufficienti e agli adulti con disagio sociale. Al Sud, invece, si trova una percentuale più alta di posti letto dedicati alle persone con disabilità, alle persone con patologie psichiatriche e agli anziani autosufficienti. Nelle Isole, infine, si riscontra un livello di offerta rivolta prevalentemente a minori e a persone con patologie psichiatriche, pari al doppio rispetto alla media nazionale e agli stranieri/immigrati (4,4% sei volte maggiore rispetto alla media), ma anche agli adulti con disagio sociale. (Istat 2023)

Da questi dati emerge come vi sia una notevole differenza tra le diverse regioni con il Nord est che ha la maggior parte dei servizi per le persone anziane

Come emerge dall'articolo report "Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie" pubblicato dall'Istat nel 2022.

Nel 2021 sono occupate nei presidi residenziali 376.941 unità di personale, di cui 31.530 volontari e 4.044 operatori di servizio civile. L'11% del personale è composto da cittadini stranieri, in due casi su tre con cittadinanza extraeuropea. La distribuzione di personale non italiano varia considerevolmente a livello territoriale; se nel Nord-ovest e nel Nord-est si concentra rispettivamente il 15% e l'11% del personale straniero, nel Mezzogiorno e nelle Isole la presenza straniera sfiora appena il 2%. Nella provincia autonoma di Bolzano/Bozen si riscontra la più alta presenza di personale non italiano (quasi il 30%). Per quanto riguarda il personale retribuito, le principali figure professionali occupate nelle strutture residenziali si concentrano in ambito sanitario, circa 195mila sono rappresentate da tre professioni: operatori sociosanitari (34,6%), infermieri e addetti all'assistenza alla persona (entrambi all'11%). Anche gli operatori del servizio civile e i volontari lavorano prevalentemente all'interno dell'ambito sociosanitario, rispettivamente nel 79% e nel 77% dei casi, con punte che sfiorano il 90% nel Nord-est del Paese.

Le strutture socioassistenziali e sociosanitarie si distinguono anche per la varietà delle figure professionali presenti. Nell'82% delle strutture socioassistenziali e nel 55% delle strutture sociosanitarie si osservano fino a cinque figure professionali diverse. Nelle strutture sociosanitarie aumentano, inoltre, le tipologie di professionalità presenti, con il 45% di strutture che hanno da sei a 15 figure diverse. Le principali figure professionali di queste due tipologie di strutture sono: l'educatore (presente nel 24% delle socioassistenziali e nel 5% delle sanitarie), l'infermiere (rispettivamente 4% e 13%) e l'operatore sociosanitario (rispettivamente 21% e 37%). (Istat 2022)

Da questi dati emerge come vi sia una forte carenza di personale sanitario e di altro genere rispetto al personale volontario, che per ragioni di sicurezza non ha potuto essere presente durante il periodo del Covid

2.4 Impatto del Covid-19 sulle RSA

L'ondata pandemica provocata dal Covid-19 ha messo a dura prova il comparto delle residenze sanitarie, mettendo in evidenza le difficoltà e le prove sopportate dal personale infermieristico per la tutela di una clientela vulnerabile. Opinante da 152 ospiti di residenze di cure eseguito dai Sigg. Elizabeth M. White PhD, Terrie Fox Wetle PhD, Ann Reddy MPH, Rosa R. Baier MPH ha mostrato la complessa e varia natura delle esperienze fatte da tale personale in questo periodo di grande sforzo.

Principalmente si hanno a registrare:

1. Difficoltà nel ricorrere a provvedimenti diagnostici, di protezione: Gli Intervistati hanno riferito e continuano a lamentare la scarsità dei mezzi per l'applicazione dei provvedimenti di diagnosi e la necessità di una diffusa e continuata utilizzazione di dispositivi di protezione individuale, prova duratura e ripetibile del non esservi stato ravvedimento dalla premura.
2. Disagio per la corretta linea interpretativa-confusa : Gli amministratori confessano, che incontrano nello sforzo di adattamento alle indicazioni circa la condotta in verso la _ malattia, che diversi enti ufficiali lo instano, accogliendo a volte indicazioni opposte.
3. Timori di infezione e virtuale pericolosità per la salute propria e dei residenti . Gli infermieri di assistenza diretta si preoccupano per il proprio rischio personale e lo trasfondono a giudicare dai riscontri positivi che suo la (laura dell'ambiente, alla salute

delle loro famiglie. L'evoluzione morbosa si svolge intanto fra aggruppati in larga misura volontario che emergente da isolamento, fra malati in qualche caso gravi, fra convalescenti ed ammalati riattivati dal diffondersi della sorva in un ambiente che si fa propizia sorgente di contagio.

4. Eccessivo carico di lavoro e burnout: L'aumento dei carichi di lavoro, unito a carenze di personale e alla pressione emotiva di prendersi cura di residenti in difficoltà, ha contribuito a un significativo esaurimento tra il personale.

5. Importanza della comunicazione e del lavoro di squadra: All'interno del team l'esistenza di una efficace comunicazione e di una collaborazione costruttiva ha esercitato significativa influenza sulle risorse personali disponibili per affrontare le circostanze quotidiane.

6. Impatto mediatico sui servizi socio-sanitari: La copertura delle case di cura da parte della stampa è stata vissuta dagli operatori come un forte d'impaccio quale esaltarne il lato critico e un 'eroicizzante' elogio conferito al personale ospedaliero: le esperienze dell'ultimo periodo pandemico, vedono il personale delle case di cura al centro di un apprezzabile riconoscimento; condizione estrema e pernicioso di stanchezza e di cambiamento volontario di servizio, la quale, aggravata dalle gravi condizioni atmosferiche del momento, richiede non comuni sforzi per essere sopportata.

E' necessario in tal stato di cose istituire pratiche di sostegno del personale, fondate sul miglioramento della comunicazione e sulla preparazione di mezzi adatti a supplire alle carenze e alle aggravamenti che potranno derivare da situazioni simili in avvenire. La salute e il regime del personale assumono così importanza gravissima per la custodia dei residenti e tanto più in situazioni di crisi.

L'analisi dell'impatto del Covid-19 sui servizi residenziali e sociosanitari italiani chiarisce le condizioni avverse e le difficoltà superate dai pazienti, dal personale, dalle famiglie.

Secondo i dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), la maggior parte dei deceduti aveva un'età avanzata e, inoltre, presentava delle patologie pregresse, con un tasso di mortalità sensibilmente accresciuto, specialmente in Lombardia. Tra i problemi principali rilevati nell'inchiesta, vengono citati:

1. Mancanza di dispositivi di protezione individuale (DPI): Tre quarti delle strutture hanno riportato una carenza di DPI, complicando la protezione del personale e degli

ospiti.

2. Scarsità di test e informazioni: Molte strutture non hanno potuto effettuare tamponi e hanno ricevuto scarse indicazioni sulle procedure di contenimento del virus.

3. Difficoltà logistiche e di trasferimento delle persone: Un terzo delle strutture ha lamentato problemi nell'isolamento dei positivi e nell'ospitare unità di casi in ospedale.

4. Misura e impatto psichico: Le frustrazioni e l'ansia causate dall'isolamento si sono dimostrate gravi per i vecchi e gli operatori, incoraggiando il sentimento di solitudine su fondo di preoccupazioni ulteriori d'isolamento.

5. Difficoltà nell'ottenere i soccorsi: Parecchi servizi esterni sono rimasti interrotti; la mancanza d'altre parti di famiglie, l'impossibilità di soccorsi da altra parte, hanno accresciuto non poco le miserie domestiche.

6. Esigenze comunicative: I telefoni e i telegrafo giocano un ruolo importantissimo nella comunicazione fra la famiglia e il vecchio.

La cura della qualità morale e materiale nelle case può dipendere soltanto dalla conoscenza e delle condizioni economiche e familiari, e delle condizioni fisiche e mentali di cui il vecchio vive. Rotta che è in tali casi la comunicazione di parole scritte. La crisi ha chiarito la necessità di ripensare i metodi di lavoro sociale, sottolineando l'importanza della relazione e della prevenzione nel contesto assistenziale.

Emerge, in conclusione, una realtà complessa in cui l'emergenza sanitaria ha amplificato problemi preesistenti, richiedendo un'adeguata risposta e l'implementazione di strategie che possano garantire il benessere degli anziani e la protezione del personale sanitario nelle strutture sociosanitarie.



Fonte: Istituto Superiore di Sanità, Survey nazionale sul contagio Covid-19 nelle

2.5 Servizio sociale nell'emergenza Covid-19

Durante l'emergenza sanitaria il ruolo degli assistenti sociali si pone in uno scenario complesso di implicazioni sanitarie, sociali, economiche e geopolitiche. Ecco per sommi capi, alcune dosi di sintesi e prospettiva:

Ecco una sintesi e alcune riflessioni principali:

1. Ruolo e importanza degli assistenti sociali:

- Gli assistenti sociali sono stati tra i professionisti in prima linea, impegnati a tutelare le persone fragili e vulnerabili, che sono state maggiormente esposte ai rischi durante la pandemia.
- La loro attività si è estesa non solo al settore sanitario, ma anche a quello sociale ed economico, contribuendo a rispondere ai bisogni emergenti delle comunità.

2. Risposta professionale e ricerca:

- La comunità degli assistenti sociali ha risposto introducendo conoscenze ed esperienze, con l'obiettivo di rafforzare gli interventi sociali e analizzare i fattori di vulnerabilità.
- È stato sviluppato un importante progetto di ricerca attraverso un questionario con circa ventimila risposte, volto a raccogliere dati sulle esperienze sul campo, sui bisogni sociali emergenti, sulle difficoltà dei servizi e sulle iniziative messe in atto.

3. Costruzione di conoscenza e metodologie:

- La ricerca ha contribuito a colmare una lacuna nel panorama italiano, dove la letteratura sul servizio sociale in emergenza è ancora limitata.
- Un elemento innovativo è stato l'attivazione di un metodo partecipato, coinvolgendo i consigli regionali dell'Ordine degli Assistenti Sociali (CROAS), che hanno partecipato attivamente all'analisi dei dati, garantendo rispetto delle norme etiche e della privacy.

4. Impatto dell'emergenza e insegnamenti:

- L'emergenza ha evidenziato punti di forza e criticità del sistema italiano di protezione sociale, mettendo in luce la necessità di rafforzare la rete di servizi e di adottare

politiche più organiche e coordinate.

- La pandemia ha anche sottolineato l'importanza di un intervento complessivo che tenga conto delle relazioni tra individuo, comunità e tessuto sociale, riconoscendo che le conseguenze sociali si protrarranno nel tempo.

5. Sfide e prospettive future:

- La ricostruzione post-pandemica richiederà tempo e un'attenzione particolare alle specificità di ogni territorio e delle persone coinvolte.

- È fondamentale usare quanto appreso sul campo per innovare e rafforzare la disciplina del servizio sociale, con un focus sulla promozione della salute e il rispetto del diritto costituzionale alla salute, che comprende anche il benessere sociale.

6. Criticità del sistema italiano:

- La pandemia ha davvero messo in luce quanto sia fragile il nostro sistema di protezione sociale, che è già afflitto da politiche di austerità e da una mancanza di coordinamento nelle decisioni.

- È fondamentale che ora stabilisca chiaramente chi fa cosa, investa di più in formazione e infrastrutture e crei politiche di prevenzione e supporto più efficaci

- L'esperienza della pandemia ha rappresentato un banco di prova per il servizio sociale e gli assistenti sociali, rivelando sia punti di forza che criticità. La sfida futura consiste nel tradurre le conoscenze acquisite in pratiche innovative e più efficaci, rafforzando il ruolo del servizio sociale come elemento centrale nella tutela della salute e del benessere delle persone e delle comunità, anche in vista di un "dopo" che sarà inevitabilmente diverso dal passato.

Ora esporrò un'analisi sintetica delle sfide e le risposte del sistema di assistenza sociale e sanitaria italiano durante la crisi pandemica da Covid-19. evidenziando le criticità, le iniziative normative e le azioni dei professionisti del settore. Di seguito ne riassumo i punti principali:

1. Impatto della pandemia sui servizi sociali:

- La sospensione di molti interventi domiciliari, centri semi-residenziali e residenziali ha aumentato le fragilità di persone già vulnerabili.

- La pandemia ha evidenziato disuguaglianze territoriali nel garantire i diritti

fondamentali.

- La mancanza di mezzi adeguati ha portato a un ritirarsi delle istituzioni in alcuni territori e a condizioni di lavoro diversificate.

2. Risposta delle professioni e delle istituzioni:

- L'Ordine professionale ha cercato di mantenere il ruolo attivo, sviluppando indirizzi e linee guida, anche riprese dal Ministero del Lavoro.
- È stato avviato un lavoro di raccolta dati e testimonianze per comprendere meglio le esigenze e le storie delle persone e degli assistenti sociali.
- Si è scelto di "restare sul campo" per affrontare direttamente la crisi, contrariamente all'atteggiamento di attesa passiva.

3. Disparità territoriali e carenze strutturali:

- La rete dei servizi sociali ha mostrato difficoltà legate alla scarsità di risorse, al sottofinanziamento (0,4% del PIL), alla carenza di personale e di investimenti.
- La crisi ha aumentato le richieste di aiuto economico e sociale, sovraccaricando le famiglie e i servizi.

4. Interventi emergenziali e normative:

- Sono state adottate misure di sostegno economico, tra cui il Reddito di Cittadinanza (eliminato temporaneamente le condizionalità), il Reddito di Emergenza e bonus vari.
- La professione ha partecipato attivamente, chiedendo interventi più strutturali e a lungo termine, oltre alle misure emergenziali.

5. Garanzie costituzionali e norme specifiche:

- È stato ottenuto l'inserimento nel Decreto Rilancio di un emendamento che riconosce i servizi sociali come pubblici essenziali, garantendo continuità e accesso anche in emergenza.
- Le regioni sono ora obbligate a definire piani specifici per garantire la continuità dei servizi sociali e assistenziali, evitando che le persone siano lasciate senza supporto.

6. Integrazione sociosanitaria e nuove opportunità:

- È stato promosso il coinvolgimento degli assistenti sociali nelle Unità Speciali di Continuità Assistenziale, con incarichi temporanei e compensi dedicati.

- Questi interventi rappresentano un primo passo verso una maggiore integrazione tra sistemi sanitari e sociali, con l'obiettivo di rispondere meglio alle fragilità.

7. Conclusioni e prospettive future:

- La crisi ha reso evidente la necessità di rafforzare i sistemi di welfare territoriale, dotandosi di risorse adeguate e di regole chiare.

- È fondamentale promuovere politiche di lungo periodo che vadano oltre le misure emergenziali, puntando alla tutela dei diritti costituzionali e alla sostenibilità dei servizi.

La pandemia ha messo in evidenza le criticità di un sistema sociale sottofinanziato e spesso impreparato, ma si evidenzia anche che sono state intraprese importanti azioni legislative e professionali per garantire la continuità dei diritti e migliorare la risposta alle fragilità sociali. La strada futura richiede un impegno costante per rafforzare la programmazione, le risorse e la sinergia tra i diversi attori del welfare territoriale.

Ciò che abbiamo vissuto nel lungo arco temporale della pandemia rappresenta una sollecitazione alle capacità di resilienza dei servizi sociali e degli operatori sociali, che hanno dato prova dei successi raggiunti ma anche delle falle e delle crepe esistenziali. La vera scommessa ora sta nel saper mettere in pratica quanto appreso, costruendo nuovi paradigmi, e nella consapevolezza che i servizi sociali debbano crescere di ruolo quale baluardo essenziale per la salute e il benessere delle persone e delle comunità, a maggior ragione in un avvenire destinato a non essere più come quello di ieri. Ora cercherò di riassumere come il sistema dell'assistenza sociale e sanitaria in Italia abbia risposto alla pandemia del Covid-19, a quali le difficoltà riscontrate, le nuove norme emanate e l'impegno degli operatori. Ecco dunque una sintesi dei punti salienti: il disagio e il pregiudizio per la situazione è stato dovunque considerevole; molte attività normalmente svolte quali gli interventi domiciliari i centri diurni a carattere semiresidenziale e residenziale sono venute meno, e ciò ha accentuato le condizioni di debolezza dei pazienti deboli. Inoltre, la pandemia ha messo in luce le discriminazioni territoriali nell'attuazione dei diritti fondamentali

Durante la "tempesta perfetta" della pandemia, sia stato fondamentale non nascondersi e affrontare le difficoltà con coraggio e responsabilità. La collaborazione tra professionisti, istituzioni e società civile si è rivelata essenziale per tutelare i diritti delle persone più vulnerabili e per avviare un processo di riforma e rafforzamento dei servizi sociali e sociosanitari.

Si sottolinea l'importanza di rafforzare e ripensare il sistema di welfare in Italia, evidenziando diverse priorità strategiche per affrontare le sfide sociali attuali e future. Di seguito una sintesi delle principali tematiche e proposte:

1. Necessità di aggiornare le politiche sociali:

- Le norme esistenti, come la Legge 328/2000, devono essere riviste per adattarsi alle esigenze odierne.
- Promuovere investimenti nei servizi sociali territoriali rispetto ai trasferimenti monetari, favorendo la qualità e la quantità dei servizi.

2. Finanziamenti e standard di qualità:

- Incrementare e riorganizzare le risorse nazionali dedicate ai servizi socioassistenziali.
- Definire standard minimi, indicatori e requisiti vincolanti, come una rete di assistenti sociali (es. 1 ogni 3000 abitanti) e coperture assistenziali domiciliari.

3. Integrazione sociosanitaria e governance partecipata:

- Creare un quadro legislativo omogeneo e sistemi organizzativi integrati, con particolare attenzione alle situazioni di cronicità e non autosufficienza.
- Potenziare la partecipazione degli attori sociali e del Terzo settore, garantendo affidabilità e innovazione nella gestione dei servizi.

4. Investimenti preventivi e di lungo termine:

- Favorire un modello di intervento preventivo, riducendo i costi e i carichi familiari attraverso servizi integrati di cura domiciliare e semi-residenziale.
- Investire sui servizi di cura come elemento strategico per la salute, l'occupazione femminile e la riduzione della povertà minorile.

5. Parità di genere e ruolo delle donne:

- Riconoscere e valorizzare il lavoro di cura femminile, spesso invisibile e svolto all'interno delle famiglie.
- Ridurre le disuguaglianze di genere attraverso servizi di cura accessibili, flessibili e diffusi, e riformare le politiche di sostegno al lavoro femminile.

6. Potenziamento delle aree periferiche e interne:

- Garantire servizi di cura accessibili nelle zone meno urbanizzate, spesso penalizzate

dalla scarsità di risorse.

- Sostituire la semplice erogazione di denaro con servizi concreti, più rispondenti ai bisogni reali delle persone.

7. Trasparenza e razionalizzazione delle risorse:

- Razionalizzare la spesa sociale, puntando su interventi personalizzati e servizi convenzionati, rafforzando la tutela di operatori e utenti.

8. Ruolo degli assistenti sociali e il ruolo della professione:

- La pandemia ha evidenziato il ruolo cruciale degli assistenti sociali, che stanno proponendo azioni prioritarie per il sistema sociale.
- La loro azione si sta evolvendo verso un modello di proposta e costruzione partecipata, valorizzando ricerche, storie e risorse delle persone.

In conclusione, il rafforzamento del welfare locale, la riforma delle politiche di cura, l'integrazione sociosanitaria e una governance partecipata sono essenziali per affrontare le fragilità sociali e garantire diritti sociali più equi e sostenibili nel tempo.

La crisi pandemica ha messo in evidenza i limiti di un sistema troppo depotenziato, ma anche il ruolo fondamentale di professionisti come gli assistenti sociali nel proporre soluzioni innovative e condivise.

Si evidenzia un quadro complesso e articolato delle priorità e delle sfide attuali nel campo delle politiche sociali e sociosanitarie in Italia. Di seguito una sintesi dei punti principali e delle considerazioni chiave:

1. Insufficienza delle iniziative attuali

Le misure adottate durante la pandemia non sono state sufficienti a risolvere i problemi strutturali del sistema sociale. È necessario un ripensamento e un adeguamento alle esigenze contemporanee.

2. Riforma della normativa e delle strategie

Mentre la Legge 328/2000 costituisce un punto di partenza, sono passati 20 anni e occorre aggiornare le strategie, puntando maggiormente all'investimento nei servizi sociali territoriali rispetto ai trasferimenti monetari, per garantire diritti sociali più efficaci.

3. Incremento e riorganizzazione dei finanziamenti

È urgente aumentare le risorse nazionali, definire standard, indicatori e livelli essenziali di assistenza, creando una rete di servizi sociali professionali (ad esempio, almeno 1 assistente sociale ogni 3000 abitanti) e potenziando i servizi domiciliari e assistenziali.

4. Integrazione sociosanitaria e quadro legislativo omogeneo

Per affrontare tematiche di cronicità e non autosufficienza, è fondamentale un sistema integrato e una normativa coerente, con sistemi programmatori e organizzativi condivisi.

5. Governo partecipato e coinvolgimento degli attori sociali

È necessario rafforzare un modello di governance partecipata, sostenendo investimenti in innovazione e co-progettazione, coinvolgendo Terzo settore e realtà private, per prevenire marginalità ed esclusione sociale.

6. Priorità strategiche per il futuro

Le azioni chiave includono: livelli essenziali di assistenza, integrazione sociosanitaria e una governance efficace. La mancanza di questi elementi porterebbe a sprechi e inefficienze, specialmente per le fasce più fragili.

7. Investimenti nel welfare come strumento di prevenzione

Investire in servizi di cura e assistenza significa intervenire precocemente sulle vulnerabilità, riducendo i costi futuri e migliorando la qualità della vita di tutti, con particolare attenzione alla parità di genere e all'occupazione femminile.

8. Questioni di genere e cura

Il lavoro di cura, ancora prevalentemente femminile e spesso non retribuito o sotto-regolamentato, ha creato un welfare “privato e familiare” che necessita di essere integrato con il sistema pubblico, anche attraverso politiche che favoriscano la conciliazione tra vita privata e lavoro.

9. Disparità territoriali e servizi nelle aree periferiche

Le zone interne e le periferie urbane sono penalizzate dalla carenza di servizi di cura accessibili e diffusi, aggravando le difficoltà di conciliazione tra cura e lavoro per le persone residenti in queste aree.

10. Importanza di investimenti e razionalizzazione delle risorse

Un aumento degli investimenti nelle reti di servizi e una riprogettazione degli assegni di cura, orientati a progetti personalizzati, potrebbero migliorare la trasparenza, la tutela dei lavoratori e l'efficacia delle politiche sociali.

11. Impatto della pandemia e ruolo degli assistenti sociali

La crisi ha evidenziato le fragilità del sistema di protezione sociale e il ruolo fondamentale degli assistenti sociali, che stanno proponendo azioni prioritarie basate sulla costruzione e sulla proposta, piuttosto che sulla rivendicazione.

La pandemia ha messo in luce le vulnerabilità del sistema sociale, evidenziando fragilità, solitudine e limiti di un'architettura di protezione troppo spesso indebolita. In questo contesto, il ruolo degli assistenti sociali in Italia è stato fondamentale per garantire i diritti delle persone, specialmente di quelle più deboli. Nonostante i rischi di nuove crisi, la professione si sta adattando, passando da una posizione di rivendicazione a una di proposta e costruzione di soluzioni, collaborando con i decisori a livello nazionale e locale. Questo processo si basa su ricerche, ascolto delle storie e valorizzazione delle risorse individuali, sempre con professionalità e impegno.

Per affrontare efficacemente le sfide attuali, occorre un impegno strategico, coordinato e partecipato, che investa nelle risorse umane, nella rete dei servizi e nella normativa, con l'obiettivo di garantire diritti sociali più equi e di rafforzare il welfare territoriale e nazionale.

Il concetto di vulnerabilità nel contesto della gestione delle emergenze è una condizione sia influenzata da molteplici fattori a livello individuale, sociale e territoriale, e come essa possa variare nel tempo, soprattutto prima e dopo un evento critico come una pandemia o un disastro naturale.

La vulnerabilità indica le condizioni di fragilità che rendono individui o gruppi più suscettibili ai danni in caso di emergenza, considerando aspetti fisici e di accesso alle risorse.

Ci sono due fasi della gestione dell'emergenza

- Pre-emergenza: si analizzano le condizioni che aumentano o diminuiscono la capacità di fronteggiare un disastro, influenzate da fattori politici, economici e sociali, come il capitale sociale e l'allocazione delle risorse.

- Post-emergenza: si studiano le vulnerabilità che emergono dalle modalità di risposta alla crisi, come disuguaglianze nell'accesso alle risorse o nelle politiche pubbliche, che possono accentuare le condizioni di svantaggio di alcuni gruppi.

Per quanto riguarda la condizione di vulnerabilità in pandemia come Covid-19:

- La condizione di vulnerabilità si accentua in presenza di condizioni di vita sovraffollate, strutture non idonee al distanziamento e assenza di pianificazioni adeguate.
- Le disuguaglianze socioeconomiche giocano un ruolo importante: le persone con meno risorse economiche sono più esposte e meno capaci di far fronte alla crisi, con maggiori rischi per la salute e il benessere.

Vulnerabilità a livello comunitario:

- Le caratteristiche demografiche, culturali ed ecologiche di un'area influenzano la sua capacità di resistere e riprendersi dalla crisi.
- Comunità con pochi servizi e scarsa organizzazione sono più fragili.

Dimensione post-emergenza:

- Le misure di risposta possono involontariamente creare nuove vulnerabilità o escludere alcuni soggetti dai benefici delle politiche di intervento.
- La vulnerabilità è una condizione dinamica, influenzata dall'interdipendenza tra individui, comunità e istituzioni, e si manifesta nei rapporti di potere e nelle relazioni sociali.

Analisi integrata:

- È importante considerare sia i fattori macro a livello di politiche e sistemi, sia le specificità dei contesti micro (la vita quotidiana, le relazioni di dipendenza, le crisi sovrapposte) per sviluppare strategie efficaci di prevenzione e intervento.

Una gestione efficace delle emergenze richiede un'analisi multidimensionale della vulnerabilità, capace di cogliere le complessità e le interconnessioni tra fattori strutturali e situazionali, per minimizzare i danni e favorire la resilienza dei soggetti e delle comunità coinvolte.

La costruzione della vulnerabilità sociale nella società contemporanea e la crisi del welfare rappresentano un tema centrale per comprendere le trasformazioni

socioeconomiche e i loro effetti sulla protezione sociale. Nella letteratura sulle politiche sociali e sui sistemi di welfare, il concetto di “vulnerabilità sociale” si riferisce agli effetti di cambiamenti strutturali che hanno modificato l’assetto delle società industriali, i modelli di protezione e le caratteristiche dei rischi sociali. (Morlicchio 2006)

Dopo la Seconda guerra mondiale, si verifica un superamento della condizione di insicurezza prebellica grazie all’affermazione di un modello sociale basato sul salario, in cui i sistemi di protezione sociale riducono la vulnerabilità determinata dal mercato. Questo modello si sosteneva anche su modelli familiari tradizionali e garantiva diritti uniformi, anche se con forti differenze di reddito, creando le condizioni per un progresso sociale e per una riduzione della povertà e dell’insicurezza. (Castel R. 2011)

La protezione sociale era vista come una risposta a rischi esterni e contingenti, che potevano essere affrontati attraverso meccanismi di previsione e assistenza, mantenendo l’ideale che le assicurazioni sociali rendessero superflue le istituzioni assistenziali.

Tuttavia, a partire dalle ultime decadi del Novecento, con la trasformazione dei sistemi economici e sociali, si assistono a profonde mutazioni: la società postindustriale vede un incremento di gruppi esposti al rischio e un aumento dell’insicurezza, anche tra gli strati medi. La crisi del mercato del lavoro, con l’avvento di forme di lavoro atipico e precarizzato, e le modifiche nei modelli familiari, con una crescente partecipazione femminile ma anche con un aumento di famiglie monoparentali e un peso maggiore dei compiti di cura sulle donne, contribuiscono ad ampliare le fasce vulnerabili. (Morlicchio 2006)

In questo contesto, i sistemi di welfare tradizionali mostrano segni di erosione, aggravati dalla crisi finanziaria del 2008, e risultano spesso incapaci di adattarsi alle nuove strutture sociali ed economiche. La società postindustriale si caratterizza per rischi sociali più prolungati e complessi, che coinvolgono gruppi sempre più numerosi e che richiedono non solo la protezione contro eventi specifici, ma anche capacità di gestione delle situazioni di precarietà e di fragilità relazionale, emotiva e identitaria. (Ranci C. 2002)

Ranci (2002, 2022) distingue tra rischi sociali nelle società industriali e postindustriali: mentre nel primo caso i rischi sono percepiti come eventi esterni e classificabili socialmente (normale, a rischio, in disagio), nella società postindustriale l’associazione tra rischio e collocazione sociale si indebolisce, rendendo la vulnerabilità una

condizione più diffusa e diffusa anche tra gruppi tradizionalmente considerati “normali”. La vulnerabilità diventa così una condizione strutturale, legata alle trasformazioni sociali che determinano un accesso precario alle risorse e un’incertezza diffusa, più che a eventi specifici. (Ranci 2002)

L’aumento delle disuguaglianze, la precarizzazione del lavoro, la crisi del welfare e i processi di globalizzazione non governata rischiano di portare a una vulnerabilità di massa, in cui l’intera società può trovarsi in condizioni di precarietà sistemica, con effetti duraturi e spesso cronici per alcune fasce di popolazione. La vulnerabilità, quindi, non è più solo un rischio episodico, ma una condizione permanente che minaccia l’autonomia e la capacità di autodeterminazione degli individui, rendendo difficile l’inclusione sociale e minando la coesione sociale stessa.

La vulnerabilità durante la pandemia Covid-19, costituisce una condizione universale e intrinseca alla condizione umana, legata alla fragilità fisica, relazionale e alla dipendenza dagli altri (Butler J. 2004; Giolo e Pastore 2018) . Tuttavia, tale vulnerabilità si manifesta in forme diverse a seconda delle circostanze sociali, economiche e ambientali, e viene influenzata dalla precarietà e dalla condizione socioeconomica dei singoli e dei gruppi sociali (Mackenzie et al., 2014).

La pandemia ha messo in evidenza come le differenze nelle risorse disponibili, come il reddito, l’accesso alle cure e alle risorse abitative, determinino un impatto più forte su gruppi sociali già fragili, confermando che la vulnerabilità non è democratica nel suo impatto. Le condizioni di precarietà economica e sociale, acuite dal lockdown e dalle misure di contenimento, hanno reso ancora più evidente la disuguaglianza nell’accesso alle risorse fondamentali, evidenziando la necessità di politiche strutturali su casa, lavoro e reddito.

Tuttavia, si evidenziano anche i rischi di un’analisi troppo centrata sulla dimensione individuale della vulnerabilità, che può portare a stigmatizzare e patologizzare le persone o i gruppi vulnerabili (Moon 2000; Hollomotz 2009; Van Loon 2008). Questo approccio rischia di occultare le cause strutturali dell’esclusione, come le carenze delle reti relazionali e delle istituzioni che dovrebbero garantire protezione e risorse.

Nel contesto italiano, la pandemia ha evidenziato le fragilità del sistema di protezione sociale e sanitario: molte persone sono state escluse dai trasferimenti monetari, le strutture residenziali per anziani e le scuole hanno mostrato vulnerabilità, e il modello

sanitario centrato sull'ospedale si è rivelato insufficiente per affrontare la crisi (Nacoti et al., 2020). La crisi ha anche sottolineato l'importanza di investire nella prevenzione territoriale e di sviluppare modelli di cura integrati, che riconoscano le risorse e l'agenzia delle comunità e dei soggetti coinvolti, evitando misure standardizzate e poco adattabili alle diverse realtà territoriali.

La pandemia ha reso evidente che la vulnerabilità è una condizione complessa e multifattoriale, che richiede politiche e interventi non solo orientati alle risposte emergenziali, ma anche a rafforzare le reti di protezione sociale, ridurre le disuguaglianze e promuovere un approccio più inclusivo e riflessivo, capace di riconoscere e valorizzare le risorse delle persone e delle comunità.

La pandemia Covid-19 e le crisi sociali abbiano portato a una maggiore consapevolezza vulnerabilità come condizione intrinseca e universale dell'esperienza umana. Si sottolinea che, prima dell'emergenza, molte fasce della popolazione già vivevano in condizioni di incertezza e precarietà, ma la crisi ha amplificato questa consapevolezza, rendendo evidente la necessità di ripensare le forme di protezione sociale.

Un punto centrale è la critica alla concezione tradizionale di autonomia e autosufficienza, spesso legata a una cultura patriarcale e individualistica, che ha storicamente relegato la vulnerabilità a un ruolo secondario, o peggio, "speciale" e stigmatizzato. Questa prospettiva, invece, dovrebbe essere reinterpretata come parte integrante della condizione umana, riconoscendo la nostra interdipendenza e la capacità di cura reciproca.

L'opera di Judith Butler viene citata per sottolineare come la vulnerabilità sia corporea che relazionale, e come il riconoscimento di questa condizione possa facilitare un'etica di cura e responsabilità collettiva. Butler invita a superare gli appelli astratti ai diritti umani, concentrandosi sul riconoscimento della prossimità e della similarità tra le persone, e a combattere le discriminazioni che fanno sì che alcune vite siano considerate meno degne di protezione. Si evidenzia inoltre come alcune categorie di individui siano spesso escluse o ignorate dalle reti di protezione, esposti a rischi e discriminazioni, come migranti, lavoratori sfruttati, vittime di violenza domestica e anziani. La vulnerabilità, in questa prospettiva, non è solo una fragilità, ma anche un elemento che può contribuire a costruire reti di solidarietà e responsabilità condivisa, a patto che si adottino politiche e pratiche che favoriscano l'inclusione e la tutela di tutti.

Infine, si sottolinea l'importanza di un'azione culturale e politica che riconosca la vulnerabilità come fondamento del vivere sociale, promuovendo un'etica della cura e della responsabilità collettiva, e riconoscendo che il rispetto dei diritti e della dignità umana richiede un impegno attivo nel riconoscere e proteggere le vite vulnerabili, in tutte le loro forme.

I profondi cambiamenti sociali, economici e familiari hanno messo in discussione i modelli tradizionali di risposta ai bisogni sociali.

- La vulnerabilità è una condizione complessa, influenzata da molteplici fattori interrelati, e non può essere ridotta a cause individuali.
- I sistemi di protezione tradizionali, basati su diritti soggettivi e automatismi, spesso rispondono solo ai rischi già avvenuti, lasciando scoperti i fattori scatenanti e le cause profonde.
- La vulnerabilità e la precarietà, se diffuse, possono generare effetti di demoralizzazione, perdita di legami sociali e disgregazione psichica, creando circoli viziosi di esclusione.
- È fondamentale non solo risarcire, ma sostenere le persone attraverso servizi che favoriscano l'autonomia sociale, l'accesso a lavoro, abitazione, relazioni di supporto e benessere psicologico.
- Politiche di riduzione del danno, più che di risoluzione, rischiano di accettare lo stato di fragilità come permanente.
- Una vera politica sociale generativa si basa su reti di solidarietà, inclusione e partecipazione attiva, contestualizzata nei territori e nei contesti di vita.
- Gli assistenti sociali e altri operatori sono chiamati a praticare l'ascolto soggettivo, attivare reti di supporto e intervenire in modo tempestivo, anche in emergenze come quella del Covid-19.
- Durante la pandemia, il loro lavoro ha incluso distribuire risorse, tutelare categorie escluse e garantire il rispetto dei diritti attraverso azioni territoriali capillari.
- È importante ripensare il servizio sociale come risorsa strutturale per il rafforzamento delle reti sociali, non solo come risposta emergenziale.
- I sistemi di protezione sociale basati su automatismi e individualizzazione rischiano di

depauperare il welfare pubblico e favorire la privatizzazione, limitando l'emancipazione delle persone.

- La visione individualistica della vulnerabilità può giustificare la privatizzazione e il depotenziamento dei servizi pubblici, riducendo la solidarietà a un atto di assistenza a favore dei più deprivati.
- È fondamentale riconoscere la vulnerabilità come condizione umana universale e relazionale, che impone responsabilità collettive e professionali.
- Promuovere la dignità, i diritti e l'autonomia, contrastando lo stigma e le rappresentazioni della vulnerabilità come marginalità.
- Favorire un approccio preventivo e partecipativo, che coinvolga le persone e le comunità nella definizione delle risposte ai bisogni, attraverso processi di ricerca-azione e co-progettazione.
- Superare la logica emergenziale e residuale, investendo nel rafforzamento delle reti sociali e nelle condizioni che favoriscono l'inclusione.
- La vulnerabilità va riconosciuta come condizione condivisa, che richiede un modello di welfare relazionale e solidale, basato sulla reciprocità e la cura reciproca.
- La pandemia ha evidenziato l'urgenza di superare un modello basato sulla prestazione, favorendo pratiche di partecipazione civica e di costruzione di comunità inclusive.
- In questo quadro, essere portatori di bisogno deve diventare la condizione normale di una società interdipendente, in cui ognuno può contribuire e beneficiare del sostegno reciproco, rispettando la dignità di tutti.

La gestione dell'emergenza nei servizi per le persone anziane discute i risultati dell'indagine promossa e condotta dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali (CNOAS) e dalla Fondazione Nazionale Assistenti Sociali (FNAS) relativi all'impatto della crisi Covid-19 nei servizi per gli anziani e le risposte introdotte.

I numeri e le storie delle persone, da marzo a oggi, hanno reso evidente come la popolazione in età anziana sia stata una tra le più colpite dall'impatto della crisi Covid-19.

Un documento delle Nazioni Unite (2020) indica come, in tutti i Paesi del mondo, la diffusione della pandemia esponga a particolari rischi le persone anziane, in diverse

dimensioni:

- la salute fisica, considerata la più elevata probabilità di contrarre l'infezione e di riportare gravi danni ad essa conseguenti;
- la salute mentale, per il possibile impatto delle misure di distanziamento fisico sull'isolamento sociale, in particolare delle persone che vivono sole e hanno più probabilità di essere escluse dalle connessioni rese possibili dagli strumenti digitali;
- il benessere sociale ed economico, in relazione alle maggiori difficoltà di accesso alle risorse materiali ed economiche e alle reti che le veicolano;
- un incremento del rischio di esposizione al fenomeno dell'abuso e della trascuratezza durante il lockdown, sia nei contesti residenziali che domiciliari;
- la possibilità di essere esclusi dall'accesso a servizi essenziali e di essere oggetto di forme di discriminazione e stigmatizzazione in relazione all'età (ageism).

Il testo di Mara Sanfelici analizza in modo approfondito la gestione dell'emergenza nei servizi dedicati alle persone anziane, focalizzandosi sull'impatto della crisi Covid-19 e sulle risposte offerte dal sistema di welfare italiano. Di seguito una sintesi e un'analisi dei punti principali:

1. Impatto della pandemia sugli anziani

Gli anziani sono stati tra le categorie più vulnerabili, esposti a rischi elevati per la salute fisica, mentale, sociale ed economica. La pandemia ha anche aumentato il rischio di abusi e trascuratezze, accentuando le fragilità già presenti. Tuttavia, molti anziani sono stati anche attivamente coinvolti nella risposta, attraverso associazioni, attività politiche o come caregiver.

2. Risposte e criticità del sistema di welfare

L'Italia ha adottato strategie di contenimento, ma il sistema ha mostrato disparità territoriali e criticità strutturali. La governance decentrata ha portato a differenze significative tra regioni, con una forte distorsione nelle risorse tra servizi pubblici, privati e trasferimenti monetari.

- I servizi domiciliari (come l'Assistenza Domiciliare Integrata e il Servizio di Assistenza Domiciliare Sociale) sono stati insufficienti e spesso non adeguati ai bisogni crescenti di cure continuative.

- La gestione delle cure si è affidata molto alle reti familiari e, in assenza di caregiver sufficienti, si è ricorso a lavoratori migranti, creando un modello di welfare “migrant-in-the-family”.
- La disomogeneità territoriale si riflette anche nella disponibilità di strutture residenziali, con enormi differenze tra Nord e Sud, e una copertura molto inferiore rispetto ad altri Paesi europei.

3. Debolezze strutturali e conseguenze

Il sistema dei servizi sociosanitari è risultato fragile e poco preparato ad affrontare un'emergenza di vasta portata. La scarsa attenzione agli investimenti pubblici, alla qualità e all'equità delle reti di cura ha contribuito a un sistema poco resiliente, che ha accentuato le disuguaglianze e la vulnerabilità degli anziani, specialmente in aree meno sviluppate.

4. Risultati e prospettive future

L'indagine promossa dal CNOAS e dalla FNAS ha lo scopo di evidenziare cosa ha funzionato, quali errori evitare e come cambiare in futuro. Si sottolinea la necessità di rafforzare i servizi di prossimità, migliorare l'integrazione tra settore sanitario e sociale, e investire in un modello di welfare più equo e sostenibile, capace di rispondere meglio alle emergenze future.

Il documento invita a un'analisi critica e a un rinnovamento del sistema di welfare per gli anziani, puntando su una maggiore integrazione, investimenti strategici e un approccio comunitario centrato sulla prevenzione e sulla cura continuativa, per evitare che emergenze come quella Covid-19 si ripetano con effetti ancora più drammatici.

Qui di seguito esporrò il ruolo della “preparedness” e delle risposte all'emergenza sanitaria, con particolare attenzione alla gestione della pandemia di Covid-19 in Italia e al suo impatto sulle persone anziane, le famiglie e i servizi sociali e sanitari. Ecco una sintesi e un approfondimento sui punti principali:

1. Letteratura e framework internazionali sulla preparazione alle emergenze

La letteratura evidenzia come molti piani di risposta alle pandemie, inclusi quelli italiani, tendano a focalizzarsi sulle misure di salute pubblica senza identificare sistematicamente i gruppi più vulnerabili, come le persone economicamente o socialmente svantaggiate. I framework internazionali (OMS 2019, UNISDR, 2015)

sottolineano l'importanza di riconoscere rischi e vulnerabilità, ma è mostrato come ciò non sia sempre avvenuto nella pratica (Uscher-Pines et al. 2007)

2. Piani di risposta italiani e criticità emerse

Il piano pandemico italiano, non aggiornato rispetto alle sollecitazioni internazionali, ha previsto alcune misure di prevenzione e controllo, ma molte risorse sono arrivate in ritardo o sono state insufficienti all'inizio della pandemia. La scarsità di DPI (Dispositivi di Protezione Individuale) e di risorse per l'approvvigionamento sono state tra le criticità più evidenti.

La gestione nelle strutture residenziali per anziani si è concentrata inizialmente sui servizi ospedalieri, con ritardi nel prevenire l'ingresso del virus e nel fornire indicazioni efficaci, portando a una "strage" di ospiti e personale.

3. Gestione delle strutture residenziali e sociali

Le misure adottate sono state spesso tardive e non uniformi, con limitazioni agli accessi e misure di isolamento introdotte solo a posteriori. La circolare del 18 aprile 2020 dell'ISS ha cercato di delineare misure di prevenzione, ma arrivava quando il danno era già stato fatto.

Per i servizi domiciliari, si è ritenuto fondamentale rafforzare i servizi per mantenere la coesione sociale e tutelare le persone più fragili, anche attraverso prestazioni domiciliari e a distanza, ma la mancanza di strumenti e linee guida chiare ha lasciato molte decisioni alle realtà territoriali.

4. Impatto sulle persone anziane e le loro famiglie

I dati dell'ISS indicano che la maggior parte dei deceduti per Covid-19 aveva circa 80 anni e soffriva di patologie preesistenti. Le strutture residenziali sono state epicentro di mortalità e di problemi organizzativi, come la carenza di DPI, di personale e di procedure di isolamento.

La pandemia ha provocato un aumento di sentimenti di solitudine, ansia e frustrazione tra gli anziani, aggravato dalle restrizioni che hanno impedito contatti con familiari e amici, e ha causato un peggioramento delle condizioni cognitive e motorie per alcuni.

Le famiglie hanno vissuto momenti di grande sofferenza, con difficoltà nell'assistere i propri cari e partecipare ai riti funebri a causa delle restrizioni.

5. Difficoltà nei servizi e nelle reti di supporto

La sospensione di molti servizi pubblici e privati, la scarsità di assistenti domiciliari e la paura del contagio hanno ridotto l'offerta di supporto alle persone anziane.

Problemi economici si sono accentuati, specialmente per le famiglie in condizioni di vulnerabilità, con un incremento della povertà e di bisogni di assistenza che si sono aggravati in aree urbane meno attrezzate.

La gestione dell'emergenza ha messo in luce la necessità di pianificare meglio, prevedendo interventi specifici per le fasce più vulnerabili e migliorando la tempestività e l'efficacia delle risposte pubbliche. La pandemia ha evidenziato le fragilità del sistema di welfare e sanità, sottolineando l'importanza di rafforzare la preparazione e di adottare approcci più inclusivi e attenti alle disuguaglianze sociali.

La pandemia ha dimostrato che la “preparedness” deve andare oltre il solo monitoraggio epidemiologico, integrando strategie di tutela dei gruppi vulnerabili, risorse adeguate e piani di intervento tempestivi e coordinati per affrontare efficacemente le emergenze sanitarie.

L'emergenza sanitaria ha stimolato un insieme di pratiche e strategie che hanno contribuito a fronteggiare le sfide derivanti dal distanziamento sociale e dalla crisi stessa. Ecco un riassunto delle principali pratiche e strumenti che hanno aiutato:

1. Consulenza psico-sociale “a distanza”: telefonate e videochiamate sono state fondamentali per mantenere relazioni di fiducia e fornire supporto emotivo, orientamento e informazione, anche in situazioni di isolamento e lutto. Questi strumenti hanno permesso di costruire una «prossimità a distanza» e di offrire vicinanza emotiva a persone sole o in condizione di fragilità.
2. Utilizzo di strumenti digitali: messaggi, chat, gruppi virtuali di mutuo-aiuto, e piattaforme online hanno ampliato le possibilità di comunicazione e socializzazione, specialmente con persone anziane con demenza e i loro caregiver. La familiarità pregressa con alcune tecnologie ha facilitato questa transizione, anche se sono emerse criticità legate a competenze e accesso ai mezzi digitali.
3. Videochiamate e dispositivi digitali nelle strutture residenziali: l'introduzione di tablet e piattaforme per le videochiamate ha permesso di mantenere il contatto tra anziani e famiglie, offrendo momenti di emozione e condivisione, e supportando anche

la comunicazione tra professionisti e servizi.

I colloqui sono stati fondamentali per garantire orientamento e informazione sulle misure di prevenzione e gli aiuti disponibili, sostegno psico-sociale e ascolto dei vissuti di incertezza, angoscia e talvolta dolore e sofferenza legati all'impatto della malattia, colloqui di supporto all'elaborazione del lutto, alle persone in isolamento e in quarantena, e alle famiglie chiamate a riorganizzare la gestione assistenziale dopo ricoveri ospedalieri. Nel contesto della Casa di Riposo, noto come il supporto telefonico ai familiari sia fondamentale. Permette la vicinanza anche se distanti. Ai familiari viene concesso un momento per lasciarsi andare: piangere, arrabbiarsi, ringraziare e condividere dubbi. Questo è molto importante perché sentono che, come struttura, siamo presenti e cerchiamo, anche senza la presenza di familiari, di fare di tutto per i loro cari. (M. Sanfelici L. Gui, S. Mordegli, 2020)

4. Linee telefoniche dedicate: l'attivazione di numeri verdi e reti di volontariato ha consentito di ascoltare, monitorare e supportare persone anziane e caregiver, intercettando bisogni non ancora noti ai servizi e facilitando interventi mirati.
5. Lavoro in rete e coordinamento territoriale: la collaborazione tra enti pubblici, associazioni e il Terzo settore ha permesso di coordinare risorse, distribuire beni di prima necessità e rispondere in modo tempestivo ai bisogni emergenti, rafforzando la solidarietà comunitaria.
6. Uso dei dati e profilazione della vulnerabilità: alcune realtà hanno attivato strumenti di analisi dei bisogni attraverso banche dati aggiornate, al fine di intercettare persone fragili e ridurre il rischio di contagio, migliorando la risposta personalizzata.
7. La cura reciproca e il lavoro di équipe: il sostegno tra colleghi, la condivisione di esperienze, dubbi ed emozioni, e l'attenzione al benessere psicologico del personale hanno rappresentato pratiche fondamentali per sostenere la resilienza professionale.
8. Riconfigurazione del ruolo del servizio sociale: nonostante alcune difficoltà organizzative e il mancato coinvolgimento diretto in tutte le fasi di gestione dell'emergenza, molti professionisti hanno sperimentato nuove modalità di intervento, assumendo ruoli più pratici e concreti, e riflettendo sull'importanza di un approccio più relazionale e preventivo.

In sintesi, la combinazione di tecnologie digitali, supporto emotivo a distanza, coordinamento territoriale e una forte rete comunitaria sono stati gli elementi chiave che

hanno aiutato a mitigare gli effetti della pandemia, rafforzando il senso di prossimità e solidarietà anche in contesti di distanziamento fisico.

Qui di seguito esporrò una sintesi dei principali punti relativi alle esperienze e alle lezioni apprese durante le pandemie, con particolare attenzione alle pratiche del servizio sociale e alle implicazioni per il sistema di welfare.

1. Lezioni dalla pandemia del 2003 (SARS):

Viene evidenziato come, già in quell'occasione, nelle strutture di Toronto furono adottate misure di prevenzione simili a quelle più recenti, come lo screening all'ingresso, l'isolamento e il controllo degli accessi. Queste pratiche di contenimento rappresentano un patrimonio di conoscenza che, se valorizzato, può migliorare la risposta alle crisi sanitarie.

2. Ruolo degli assistenti sociali durante le emergenze:

McCleary nella sua ricerca (McCleary et al, 2006) mostra l'importanza di coinvolgere i servizi sociali nel processo di contenimento del contagio, sviluppando piani di intervento che includessero supporto psicologico, consulenza, crisis intervention e mantenimento dei contatti tra familiari e residenti. L'utilizzo di strumenti digitali ha ampliato queste possibilità, rendendo più efficace il sostegno a distanza.

3. Costruzione di teoria dalla pratica:

Si sottolinea l'urgenza di analizzare e sistematizzare le esperienze pratiche per rafforzare la disciplina del servizio sociale, rendendo le strategie più efficaci e strutturate.

Il modello ospedale -centrico e la mancanza di una politica nazionale strutturata per il long term care abbiano reso più difficile rispondere alle esigenze delle persone vulnerabili come gli anziani

- Le lacune nell'assistenza domiciliare, il dispendio di risorse sui trasferimenti monetari e il ruolo marginale dei servizi sociali sono elementi che richiedono un ripensamento e un rafforzamento del sistema di welfare.

4. Preparazione e prevenzione:

La pandemia ha messo in luce la necessità di prepararsi a eventi già noti ma spesso sottovalutati, che colpiscono principalmente le persone più vulnerabili. La lezione

fondamentale è che sistemi di salute pubblica e di long term care devono essere più solidi, integrati e orientati alla prevenzione. La pandemia ha portato molti assistenti sociali a riscoprire l'importanza della prevenzione, della raccolta e analisi di dati, del lavoro di comunità e di un intervento più integrato tra dimensioni micro e macro. Ed ha evidenziato anche la necessità di sviluppare competenze digitali e di collaborare con altri professionisti per affrontare dilemmi complessi, come l'equilibrio tra tutela della salute e rispetto della libertà individuale.

5. Critiche a un modello 'ospedale-centrico':

Si evidenziano le debolezze di un sistema orientato principalmente all'intervento ospedaliero, a discapito di politiche di assistenza domiciliare, sostegno ai caregiver e di un ruolo più attivo dei servizi sociali. È necessario ripensare il welfare in modo più integrato, equilibrando interventi micro e macro.

6. Riscoperta del ruolo preventivo e comunitario:

La pandemia ha fatto riscoprire l'importanza di pratiche di prevenzione, analisi dati, lavoro di comunità e superamento di un approccio meramente emergenziale. L'uso di strumenti digitali e il lavoro multidisciplinare sono diventati fondamentali.

7. Sfide emergenti:

Si evidenziano nuove sfide, come la necessità di sviluppare competenze digitali nel servizio sociale e di affrontare il dilemma tra tutela della salute e rispetto delle libertà individuali, nel contesto delle restrizioni fisiche.

8. L'importanza dell'advocacy:

Tra le azioni del servizio sociale, l'advocacy emerge come fondamentale, particolarmente sviluppato nei contesti anglosassoni. specialmente nel difendere i diritti degli anziani e nel contrastare discriminazioni e forme di ageismo. Il servizio sociale ha il mandato di influenzare il discorso pubblico e le politiche, promuovendo un cambiamento culturale che valorizzi il ruolo degli anziani nella società e l'importanza di un welfare più inclusivo e rispettoso delle vulnerabilità.

Il valore di un servizio sociale per le persone più bisognosi non deve limitarsi all'emergenza, ma deve lavorare proattivamente per costruire sistemi di supporto più solidi, preventivi e comunitari. La pandemia ha messo in luce le debolezze del sistema e ha rafforzato l'urgenza di un cambiamento culturale e strutturale, con particolare

attenzione ai diritti, alla prevenzione e alla collaborazione multidisciplinare. La sfida è quella di integrare conoscenze, strumenti digitali e advocacy per un welfare più giusto ed efficace, capace di rispondere alle crisi future con maggiore resilienza e attenzione alle persone più vulnerabili.

L'impatto della pandemia di Covid-19 sul servizio sociale ha rappresentato una sfida senza precedenti, evidenziando le disuguaglianze sociali e modificando profondamente le modalità di intervento e di relazione tra professionisti e utenti. La crisi ha coinvolto direttamente i servizi sociosanitari, le comunità e il ruolo dei professionisti, in un contesto caratterizzato da incertezza, ritardi organizzativi, disinformazione e circolazione di notizie false.

L'impatto della pandemia sul servizio sociale è stato profondo e complesso, riflettendo le sfide di una crisi sanitaria senza precedenti che ha investito non solo il sistema sanitario, ma anche le relazioni sociali, le comunità e il ruolo dei professionisti del settore. Di seguito, un riepilogo dei punti principali e delle implicazioni emerse:

1. Aumento delle disuguaglianze e delle ingiustizie sociali: La pandemia ha accentuato le disparità esistenti, colpendo in modo più severo le fasce più vulnerabili della popolazione, come anziani fragili, persone in povertà o migranti.
2. Impatto sui servizi sociosanitari: La gestione emergenziale ha comportato la chiusura di molte strutture e la restrizione delle relazioni faccia a faccia, come visite domiciliari e incontri di gruppo, imponendo l'adozione di strumenti digitali e nuove modalità di intervento.
3. Sfide operative e adattamento dei modelli di intervento: I professionisti si sono trovati a dover riorganizzare rapidamente i servizi, spesso senza linee guida precise, adottando soluzioni innovative come il lavoro a distanza, l'uso di telefonate, messaggi e social media per mantenere il contatto con le persone assistite.
4. Effetti indiretti sulla vita sociale ed economica: Le restrizioni hanno influito sull'economia familiare, sull'occupazione, sull'istruzione e sulla vita quotidiana, aggravando le condizioni di povertà e vulnerabilità, specialmente tra migranti e fasce sociali già deboli.
5. Vulnerabilità dei professionisti: La riduzione delle risorse e le condizioni di rischio hanno messo sotto pressione anche i lavoratori sociali, esponendoli a rischi di contagio e a difficoltà di continuità lavorativa.

6. Risposte emergenziali e tutela dei diritti: Gli assistenti sociali sono stati in prima linea nel garantire la continuità dei servizi e dei diritti fondamentali, anche attraverso l'uso della tecnologia digitale, spesso in condizioni di risorse insufficienti e con dispositivi di protezione personale non sempre disponibili.

7. Riflessioni internazionali e prospettive future: Organizzazioni come l'IASSW hanno avviato studi e iniziative per preparare il settore alle future crisi climatiche e sanitarie, sottolineando l'importanza di un lavoro sociale più resiliente, innovativo e sostenibile a livello globale.

La pandemia ha segnato una fase di grande trasformazione per il servizio sociale, evidenziando la necessità di adattarsi a nuove sfide e di sviluppare modelli di intervento più flessibili, tecnologici e inclusivi per affrontare le crisi future.

La pandemia ha imposto il distanziamento fisico, mettendo in crisi pratiche tradizionali come colloqui di persona e visite domiciliari. I professionisti hanno dovuto adattarsi rapidamente, utilizzando strumenti digitali e tecnologie telematiche per mantenere i contatti con le persone vulnerabili, trasformando in alcuni casi la distanza in una nuova forma di prossimità. La gestione delle emergenze ha richiesto interventi innovativi, spesso in condizioni di risorse limitate e senza adeguate protezioni individuali, evidenziando problemi di preparazione e di sicurezza del sistema di assistenza.

Le misure di contenimento hanno interrotto le relazioni sociali tradizionali, portando alla chiusura di centri diurni e restrizioni negli accessi a strutture di cura e assistenza. Sono aumentate le richieste di aiuto per le fasce più vulnerabili, come anziani fragili, migranti e persone in condizione di povertà, esercitando una pressione straordinaria sui servizi sociali. La crisi economica e le conseguenze del lockdown hanno aggravato le vulnerabilità, evidenziando l'importanza di strategie di rete e di partenariato tra enti pubblici, privati e cittadini.

Gli assistenti sociali hanno risposto con grande flessibilità, implementando pratiche di lavoro a distanza, potenziando i servizi di prossimità e creando nuove forme di collaborazione tra servizi, volontariato e imprese. La digitalizzazione si è rivelata fondamentale, consentendo di mantenere l'attività professionale e di rafforzare le competenze digitali dei professionisti. Tuttavia, sono emerse criticità riguardo alla disponibilità di dispositivi di protezione e alla preparazione organizzativa, evidenziando la necessità di pianificare meglio le emergenze future.

La pandemia ha accelerato la trasformazione della formazione universitaria, portando all'adozione di didattica online e di metodi misti che integrano teoria e pratica. Sono emerse disuguaglianze digitali tra gli studenti e la necessità di sviluppare nuove competenze, anche attraverso esperienze di formazione a distanza e simulazioni. La ricerca empirica ha mostrato come i professionisti abbiano affrontato l'emergenza, contribuendo a raccogliere le esperienze e le pratiche innovative da condividere e valorizzare.

L'isolamento e le condizioni di lavoro stressanti hanno reso urgente l'istituzione di percorsi di supervisione e di supporto psicologico per i professionisti, anche in modalità remota. La supervisione rappresenta uno strumento essenziale per affrontare le criticità, prevenire il burnout e promuovere il benessere dei professionisti.

Il Covid-19 ha evidenziato l'importanza di rafforzare i servizi territoriali, di sviluppare capacità di coordinamento multilivello e di integrare le competenze digitali nel lavoro sociale. La crisi ha anche sollecitato una riflessione sulla dimensione politica del servizio sociale, sottolineando il ruolo dei professionisti nel contribuire alla definizione delle politiche pubbliche e nel promuovere un'ottica di giustizia sociale e di sostenibilità ambientale, in considerazione anche dei rischi derivanti dai cambiamenti climatici e dalle calamità naturali.

L'esperienza della pandemia ha evidenziato la centralità del servizio sociale come strumento di resilienza e di promozione del benessere collettivo. Ha rafforzato l'importanza del confronto professionale, della formazione continua e della capacità di innovare. È fondamentale continuare a lavorare sulla preparazione alle emergenze, sulla valorizzazione delle competenze digitali e sulla costruzione di reti di collaborazione che possano rispondere efficacemente ai bisogni sociali emergenti, contribuendo a una società più equa e sostenibile.

Qui di seguito esporrò questioni e problematiche legate all'emergenza Covid-19 e alle risposte del sistema dei servizi sociali:

La trasformazione dell'offerta di servizi sociali

- Emergenza come catalizzatore di innovazione: i servizi sociali hanno dovuto spezzare vecchi schemi, attivando collaborazioni inedite tra pubblico, volontariato e associazionismo.
- Gestione condivisa e flessibile: esempio del Comune che delega ai servizi sociali la

gestione dei buoni spesa, e l'attivazione di servizi di pronto intervento con risposte in 24 ore.

- Capacità di collaborazione senza precedenti: coinvolgimento di educatori, comunità locali, imprese e negozi, creando reti di solidarietà e azioni di prossimità.
- Variazioni territoriali: differenze nelle capacità di risposta legate a esperienze pregresse di collaborazione e alle caratteristiche delle comunità locali.

Risposte ai nuovi bisogni

- Sfida di intervenire con risorse limitate e in condizioni di sicurezza precarie.
- Potenziamento dei centri di ascolto, anche a distanza: uso di telefonia, telemedicina, consegna di supporti materiali (cibo, dispositivi).
- Creazione di servizi di prossimità attraverso partnership e reti multilivello, coinvolgendo anche attori non tradizionali come negozi e imprese.
- Necessità di analizzare i bisogni e costruire profili di comunità come strumenti strategici.

Competenze digitali e innovazione

- Importanza di reagire con creatività e flessibilità, superando le procedure abituali.
- Uso accelerato di strumenti telematici, smartworking, comunicazione a distanza con utenti e colleghi.
- Opportunità di migliorare l'efficacia e la percezione meno invasiva dell'intervento sociale grazie alla tecnologia.
- Necessità di dotare i servizi di dispositivi e connessioni adeguate a mantenere questa modalità anche in futuro.

Supporto ai professionisti: supervisione e benessere

- La pandemia ha aumentato lo stress e le criticità per gli assistenti sociali, che si trovano a gestire emergenze emotive e psicologiche con protocolli spesso insufficienti.
- Rischio di burnout, ansia e crisi di salute mentale tra i professionisti.
- Importanza di incontri di supervisione, anche da remoto, per favorire analisi, supporto e gestione delle criticità.
- Necessità di interventi di self-care e di sostegno strutturato per garantire la qualità del

lavoro e il benessere dei professionisti.

Questioni e problematiche emergenti:

- La difficoltà di adattare rapidamente servizi e pratiche a condizioni di emergenza senza precedenti.
- La sfida di garantire equità e accesso alle risorse in un contesto di crescente disuguaglianza sociale.
- La fragilità dei sistemi di rete territoriale e la necessità di rafforzarli.
- La gestione dello stress e del burnout tra i professionisti, con l'importanza della supervisione come strumento di supporto.
- La necessità di sviluppare linee guida chiare per l'uso delle tecnologie e per la gestione delle pratiche di assistenza a distanza.
- La sostenibilità di queste innovazioni nel tempo e la loro integrazione nei modelli ordinari di servizio.

In sintesi, l'emergenza ha evidenziato la resilienza e capacità di innovazione dei servizi sociali, ma ha anche portato alla luce criticità legate a risorse, metodologie e benessere professionale che richiedono interventi strutturati e pianificati per il futuro.

Altro tema importante è la formazione delle nuove generazioni di professionisti nel campo del servizio sociale durante e dopo la pandemia da Covid-19, evidenziando le sfide e le opportunità emerse nel contesto della didattica online.

Transizione alla didattica online:

Durante la pandemia, le università di tutto il mondo hanno rapidamente adottato l'apprendimento online, costringendo docenti e studenti a ripensare le modalità di insegnamento e apprendimento. I docenti di servizio sociale hanno dovuto trasformare le lezioni in modalità digitale, mantenendo comunque l'obiettivo di formare professionisti preparati sia teoricamente che pratico.

Difficoltà legate alle esercitazioni pratiche e al tirocinio:

Le esercitazioni di simulazione e il tirocinio nei servizi sociali sono elementi fondamentali della formazione, e la loro assenza o riduzione rappresenta una sfida significativa. La difficoltà nel mantenere l'interazione diretta tra studenti, docenti, assistenti sociali esperti e utenti "esperti" ha inciso sulla qualità dell'apprendimento

pratico.

Vulnerabilità e disuguaglianze sociali:

La pandemia ha accentuato vulnerabilità e disuguaglianze sociali, anche nell'ambito dell'apprendimento online. Problemi come la mancanza di dispositivi adeguati o connessioni internet deboli hanno impedito ad alcuni studenti di seguire le lezioni efficacemente. Inoltre, la comunicazione non verbale, fondamentale nelle relazioni professionali e formative, risulta compromessa in modalità online, causando affaticamento e difficoltà nella comunicazione.

Opportunità e nuove competenze:

Nonostante le difficoltà, questa esperienza ha spinto docenti e assistenti sociali a sviluppare nuove competenze e metodologie. La creazione di un sistema di apprendimento misto, che integri lezioni in presenza, online e mobile learning, rappresenta una possibile soluzione per migliorare la formazione, favorendo l'inclusione di studenti lontani dall'università e rafforzando le relazioni tra i diversi attori coinvolti.

La pandemia ha rappresentato una sfida, ma anche un'opportunità per innovare e migliorare i sistemi di formazione nel servizio sociale, promuovendo approcci più flessibili e integrati che possano rispondere alle esigenze di tutte le parti coinvolte.

Il servizio sociale durante l'emergenza pandemica ha svolto un'azione di prima linea nel supporto alle persone e alle comunità. La pandemia ha reso evidente la necessità di interventi mirati alla costruzione di profili di comunità e all'individuazione delle vulnerabilità sociali, con particolare attenzione alle disuguaglianze crescenti e alle sfide economiche e sociali correlate (Dominelli, 2020).

I webinar hanno rafforzato l'importanza del confronto e della solidarietà tra professionisti del servizio sociale italiano, favorendo il consolidamento delle conoscenze e il dialogo tra operatori spesso poco visibili nei media. Da queste occasioni di confronto emerge la possibilità di valorizzare la prospettiva sociale e il ruolo del servizio sociale nella narrazione pubblica relativa alla gestione dell'emergenza e della pandemia.

Inoltre, si evidenzia l'utilità di condividere esperienze, analizzare incidenti critici, dilemmi etici e pratiche professionali, favorendo così lo sviluppo di una comunità di

pratiche (Wenger, 1998). La pandemia ha inoltre messo in luce la necessità di una preparazione adeguata alla gestione delle emergenze, con strutture di coordinamento multilivello, ruoli e responsabilità ben definiti, e di un rafforzamento del lavoro sociale sul territorio e nella comunità. Questo include la collaborazione con la medicina territoriale e iniziative di educazione socio sanitaria, volte a informare costantemente le persone e promuovere la cura di sé, dei propri cari e del territorio (Dominelli, 2020).

Un aspetto fondamentale riguarda anche la comunicazione nelle emergenze internazionali, che deve essere partecipata e pianificata attentamente per garantire efficacia nelle fasi di preparedness e response, attraverso processi di coordinamento istituzionale (Venturini, 2020).

Infine, il periodo di crisi rappresenta un'opportunità per ampliare la dimensione politica del lavoro sociale, riconoscendo il ruolo del servizio sociale non solo come intervento di supporto, ma anche come attore capace di contribuire alla definizione dell'agenda politica e alla promozione del benessere collettivo, attraverso pratiche di policy practice (Allegri, 2015; Campanini, 2015). Questo richiede ai professionisti di assumersi anche una funzione politica e di advocacy, per influenzare le decisioni a favore delle comunità e delle persone vulnerabili.

Capitolo 3. Rappresentazioni sociali dei professionisti con ruoli di assistenza

3.1 Teoria delle rappresentazioni sociali

Proposta da Serge Moscovici nel 1961, la teoria delle rappresentazioni sociali espone una riflessione sul come si costituisca e diffonda il sapere nei diversi componenti di una formazione sociale. Essa si allontana dal pensiero di Émile Durkheim, per cui le rappresentazioni collettive sono viste come elementi fissi e stabilizzatori dell'ordine sociale, e insiste invece sulla natura dinamica e storicamente situata delle rappresentazioni sociali, continuamente in trasformazione e in rielaborazione. In una società pluralista e aperta, le rappresentazioni sociali sono molteplici e spesso in conflitto le une per le altre. Da qui le trattative continuate, le informazioni che circolano e le riprese che senza posa rinnovano il senso comune, il quale rappresenta l'elemento determinante della socialità. Una delle conclusioni a cui perviene Moscovici è che, anche quando le rappresentazioni sociali ci sembrano fissate una volta per sempre, sono invece eterne a rielaborarsi grazie alla loro flessibilità radicale, immanente. Nuove figure di pensiero, l'emergenza di nuove ideologie, la propagazione di notizie attinte alla pubblicità o volte alla stampa periodica, possono dunque non solo indirizzare e sostenere, ma pure orientare inversamente la corrente delle deduzioni.

Moscovici identifica due processi fondamentali attraverso i quali le rappresentazioni sociali emergono: oggettivazione e ancoraggio.

1. Oggettivazione: Questo processo consiste nel trasformare concetti astratti in rappresentazioni concrete e familiari. Grazie alla decontestualizzazione e alla riorganizzazione di informazioni complesse, le persone possono integrare nuove idee nel loro sistema di conoscenza

Le rappresentazioni sociali, quindi, non solo arricchiscono la teoria originale, ma la trasformano rendendola accessibile e utile nel contesto sociale.

2. Ancoraggio: Questo processo consente agli individui di collegare nuove informazioni a categorie già familiari, contribuendo a ridurre l'ansia e l'incertezza associate all'ignoto. L'ancoraggio facilita l'integrazione cognitiva e l'utilizzo di un linguaggio condiviso, permettendo ai concetti nuovi di essere interpretati attraverso l'esperienza passata.

Le rappresentazioni sociali svolgono funzioni fondamentali:

- Creazione di senso comune: Forniscono un linguaggio condiviso e una base per la comunicazione tra individui e gruppi, rendendo più fluida l'interazione sociale e la comprensione reciproca.
- Mediazione tra conoscenza scientifica e senso comune: Semplificano le conoscenze, aiutando a diffondere le idee scientifiche in modo più ampio all'interno della società.
- Adattamento e familiarizzazione: Trasformano concetti estranei in qualcosa di più familiari, sostenendo le persone nell'affrontare e comprendere fenomeni che possono sembrare complessi o minacciosi all'inizio.

Le rappresentazioni sociali si rivelano quindi essenziali per costruire la realtà sociale. Esse ci guidano nel navigare un mondo complesso e in continua evoluzione, fornendo strumenti per la comprensione e la comunicazione. La loro natura dinamica e la capacità di adattarsi ai cambiamenti culturali e sociali le rendono fondamentali per la coesione sociale in un contesto di pluralismo e diversità.

Moscovici, con le sue opere, ha posato le basi per un campo di studio che continua a influenzare la psicologia sociale e le scienze sociali in generale. L'analisi delle rappresentazioni sociali proposta dall'autore è suddivisa in tre sistemi di comunicazione: diffusione, propagazione e propaganda.

Ciascuno di questi sistemi è caratterizzato dal modo in cui i saperi, le opinioni e i valori vengono trattati e comunicati in un contesto sociale specifico.

1. Sistema di comunicazione per diffusione: Qui, la comunicazione si distingue per la varietà di discorsi e punti di vista, spesso contraddittori e poco organizzati. Gli autori degli articoli cercano di trasmettere informazioni raccolte da esperti, con l'intento di generare un sapere comune. Non si preoccupano di mantenere un'unitarietà, ma si adattano agli interessi del pubblico.

2. Sistema di comunicazione per propagazione: Qui, la comunicazione è più strutturata e tende a adattare il sapere psicoanalitico ai principi religiosi. Gli articoli di giornali

cattolici, ad esempio, rifiutano le idee materialiste della psicoanalisi, enfatizzando invece il ruolo positivo dell'affettività nelle relazioni interpersonali. Questo sistema mira a formare lettori che possano adottare posizioni consapevoli e critiche.

3. Sistema di comunicazione per propaganda: In questo caso, la psicoanalisi è vista come una pseudoscienza, legata a una ideologia borghese. La stampa comunista, ad esempio, cerca di indurre una posizione netta e priva di sfumature nei lettori contro la psicoanalisi, collegando la psicologia alla politica.

Le rappresentazioni sociali, secondo Abric e la scuola di Aix-en-Provence, sono costituite da un insieme di giudizi, atteggiamenti e informazioni che un gruppo sociale elabora su un oggetto. Esse sono organizzate attorno a un nucleo centrale, che è fondamentale per il significato e la struttura della rappresentazione. Questo nucleo ha diverse funzioni:

- Funzione stabilizzatrice: Garantisce stabilità e coerenza alla rappresentazione.
- Funzione generatrice: Conferisce significato agli elementi del nucleo e agli elementi periferici.
- Funzione organizzatrice: Stabilisce il legame tra gli elementi, con il nucleo che funge da principio organizzatore.

Gli elementi nel nucleo centrale sono caratterizzati da due proprietà: la salienza quantitativa, che indica il grado di accordo su quegli elementi, e la necessità qualitativa, che implica che questi elementi sono imprescindibili per definire la rappresentazione.

Inoltre, le rappresentazioni sociali contengono aspetti normativi e funzionali, che orientano il comportamento e le valutazioni dei gruppi sociali. Gli studiosi di Aix sostengono che gli elementi del nucleo centrale possono essere attivati in modo differenziato in base al contesto e alla distanza dal gruppo sociale.

Metodi di studio delle rappresentazioni sociali: Sono stati sviluppati vari metodi per identificare gli elementi centrali e periferici delle rappresentazioni sociali. Tra questi:

- Metodo del rifiuto: Utilizzato per identificare le caratteristiche fondamentali di un gruppo ideale.
- Metodo dello scenario ambiguo: Consiste nella presentazione di descrizioni vaghe di un'organizzazione per verificare come le persone giudicano le sue caratteristiche in base a etichette diverse.

Questi metodi permettono di evidenziare come le rappresentazioni sociali siano strutturate e come gli elementi al loro interno possano interagire tra di loro, mantenendo una certa stabilità pur essendo soggetti a cambiamenti nel lungo periodo.

3.2 Legame tra rappresentazioni sociali, stereotipi e pregiudizi

“Stereotipi e pregiudizi, anche se spesso sono confusi tra loro, in realtà indicano due concetti differenti: lo stereotipo, infatti, viene prima del pregiudizio e rappresenta il suo «nucleo cognitivo» (Villano 2003)

Lo stereotipo è “un caso particolare di un fenomeno più generale, ovvero l'organizzazione del mondo in schemi” (Aranson et al 2006).

In pratica, uno stereotipo è un modo per organizzarci mentalmente, come se fosse un modello che semplifica la realtà.

Lo stereotipo è un modo di organizzare nella nostra mente la conoscenza del mondo sociale, ed è influenzato da fattori culturali e sociali. È come una 'foto' semplificata di gruppi o categorie sociali, spesso utilizzata in modo automatico e senza pensarci troppo.

Gli stereotipi agiscono come un 'nucleo cognitivo' che orienta come percepiamo e interpretiamo le persone appartenenti a certi gruppi. Queste immagini mentali condivise riflettono caratteristiche e comportamenti tipici di un gruppo, aiutandoci a semplificare idee che potrebbero risultare complesse e sono spesso accettate in modo collettivo.

Sono ritenuti immutabili e si presentano in vari contesti sociali. In particolare, gli stereotipi di genere sono costruzioni socioculturali che assegnano ruoli, comportamenti e caratteristiche specifiche a uomini e donne in base al sesso. Questi stereotipi vengono modellati e rinforzati attraverso vari canali come l'istruzione, i media e le dinamiche familiari, contribuendo così a formare e mantenere un'identità di genere e le differenze tra i sessi. Il pregiudizio, invece, è un atteggiamento, spesso negativo, basato su stereotipi, che porta a una valutazione ingiustificata di un gruppo o di un individuo. Si manifesta come un giudizio preconetto, che può influenzare come ci comportiamo nei confronti dei membri di quel gruppo. Gli stereotipi sono culturalmente condivisi e si consolidano attraverso la socializzazione e i mass media. Sono strumenti cognitivi che ci permettono di semplificare la comprensione di un mondo complesso, ma possono anche portare a rappresentazioni distorte. I pregiudizi, derivanti spesso da stereotipi, si

presentano come atteggiamenti che si rafforzano nel tempo, anche di fronte a informazioni contrarie. La loro rigidità è tale che le persone tendono a convalidare le proprie credenze stereotipiche anche quando si confrontano con dati che le contraddicono, adottando strategie come considerare le eccezioni come 'anomalie' o 'eccezioni alla regola'. La tendenza a confermare gli stereotipi richiede poco sforzo cognitivo, facilitando il riconoscimento di informazioni che si allineano con le aspettative esistenti.

D'altro canto, analizzare nuove informazioni comporta uno sforzo maggiore. Un fenomeno significativo è la “profezia che si auto adempie”, dove le aspettative delle persone influenzano le loro azioni e, di riflesso, il comportamento degli altri, contribuendo a mantenere e rafforzare stereotipi e pregiudizi. Ad esempio, nel contesto educativo, le aspettative degli insegnanti possono impattare le performance degli studenti. Per contrastare stereotipi e pregiudizi, è essenziale promuovere l'esposizione a comportamenti vari e ripetuti che sfidano gli stereotipi, incoraggiando la percezione dei membri del gruppo come individui con differenze.

È fondamentale aumentare la consapevolezza su caratteristiche e aspettative, per riconoscere e contrastare gli effetti dell'auto adempimento e delle aspettative stereotipiche. Comunicare e presentare alternative agli schemi interpretativi può agevolare il cambiamento delle rappresentazioni mentali e contribuire a ridurre il pregiudizio. Stereotipi e pregiudizi, ben radicati nella cultura e nella società, funzionano come strumenti cognitivi per semplificare, ma possono danneggiare le relazioni interpersonali e sociali.

Modificarli richiede impegno e strategie che favoriscano esposizione a nuove esperienze e riflessione critica, per promuovere una maggiore apertura mentale e una rappresentazione più giusta e umana dei gruppi sociali.

È importante aumentare la consapevolezza delle proprie caratteristiche e aspettative, in modo da riconoscere e contrastare gli effetti dell'auto adempimento e delle aspettative stereotipiche.

La comunicazione e la presentazione di schemi interpretativi alternativi possono aiutare a cambiare le rappresentazioni mentali e a ridurre il pregiudizio.

3.3 Rappresentazione dei professionisti con ruoli di assistenza

3.3.1 Letteratura sulle rappresentazioni sociali degli assistenti sociali

L'articolo del 2019 di M. Lèvesque e i suoi colleghi dell'Università di Ottawa offre uno sguardo interessante sulle immagini che la società ha degli assistenti sociali in Canada, con un'attenzione particolare all'identità dei social worker clinici. Hanno coinvolto 30 assistenti sociali francofoni, divisi tra Moncton, Ottawa e Winnipeg, tutti nel settore sanitario. Attraverso l'utilizzo di interviste semi-strutturate, sono riusciti ad esplorare come questi professionisti percepiscono il loro lavoro, specialmente riguardo al disagio professionale – un tema che tocca stress, depressione e burnout. Questo studio fa notare come la visione del lavoro sociale non sia solo il risultato delle esperienze personali, ma sia anche influenzata da vari fattori sociali e culturali.

Il lavoro sociale è un campo complicato e sfaccettato, e l'articolo di M. Lèvesque e soci offre una visione complessiva di queste rappresentazioni in Canada. Dalle interviste con gli assistenti sociali, l'autore individua quattro aspetti chiave che formano la loro identità professionale e come vedono il loro ruolo. I quattro aspetti principali sono:

1. Consulenza per il sostegno: Questo è il punto che le partecipanti citano di più, ma non è considerato il fulcro della loro identità professionale. Qui si evidenzia come gli assistenti sociali siano visti come figure di supporto e guida per i clienti, mettendo in risalto l'importanza della relazione terapeutica. Pensano di essere facilitatori nel percorso di autodeterminazione dei clienti, piuttosto che autorità che impongono soluzioni. La consulenza viene vista come un supporto generico, per aiutare i clienti a trovare le proprie risposte e a prendere decisioni.

2. Empowerment e rispetto: Questo valore è cruciale per gli assistenti sociali, poiché implica restituire il potere ai clienti. Gli assistenti sociali sanno che è fondamentale avere rispetto e umiltà nel loro lavoro. Imparano dai beneficiari e accettano le loro differenze. Il lavoro sociale gira intorno a valori come non giudicare, essere onesti e mostrare empatia, che sono tutti importanti per aiutare i clienti a realizzare il loro potenziale. È essenziale che alle persone vengano dati gli strumenti giusti per prendere decisioni informate e per essere trattati con dignità, difendendo così i loro diritti.

3. Giustizia sociale, spesso chi lavora in questo campo si trova in conflitto tra i propri valori e le strutture in cui operano. Questo mostra quanto ci tengano alla lotta per la

giustizia sociale, anche se spesso il sistema non li supporta nella loro missione. Gli assistenti sociali cercano di aiutare i loro clienti e difendere i loro diritti, affrontando le sfide quotidiane in ambienti che non sempre riflettono i loro ideali. Questo è un aspetto chiave del loro impegno per promuovere l'uguaglianza e combattere le ingiustizie sociali.

Inoltre, il lavoro sociale è visto come una vocazione piena di compassione. La passione di aiutare gli altri è centrale, e gli assistenti sociali spesso si considerano professionisti con un forte senso di altruismo, in contrasto con l'approccio medico dominante. Mantenere un legame umano con i clienti è cruciale e la loro etica non solo determina la professione, ma li spinge ad affrontare le sfide quotidiane.

L'articolo di Lèvesque e i suoi collaboratori mette in luce le complessità e le difficoltà legate all'identità professionale degli assistenti sociali, insieme ai loro sogni e valori. Le rappresentazioni sociali del lavoro sociale sono influenzate da molteplici fattori e la tensione tra le aspettative professionali e la realtà istituzionale può portare a un certo disagio. Nonostante ciò, gli assistenti sociali continuano a perseguire la loro missione con un forte impegno per l'empowerment, il rispetto e la giustizia sociale, cercando sempre di migliorare le vite dei loro clienti, anche davanti a sfide sistemiche.

L'articolo non si limita a esaminare questi temi, ma mette in evidenza anche i conflitti tra i valori professionali degli assistenti sociali e le difficoltà pratiche che devono affrontare all'interno delle istituzioni. Questi conflitti possono influenzare non solo il benessere degli stessi assistenti, ma anche l'efficacia del loro lavoro con i clienti. In sostanza, la ricerca offre uno sguardo importante sulle rappresentazioni sociali degli assistenti sociali, evidenziando quanto sia importante capire non solo chi sono professionalmente, ma anche le sfide e i conflitti che vivono ogni giorno. L'analisi della rappresentazione sociale del lavoro sociale mette in evidenza una serie di sfide e contraddizioni che gli assistenti sociali vivono ogni giorno, in particolare in contesti interdisciplinari e sanitari. Il concetto di "servizio complementare" è spesso frainteso, il che conduce a una percezione errata del ruolo degli assistenti sociali, che vengono talvolta considerati margine all'interno del sistema sanitario. Questo porta a una mancanza di riconoscimento del loro contributo e a una crisi dell'identità professionale, caratterizzata da tensioni tra le aspettative degli operatori e le reali capacità e competenze degli assistenti sociali. Le interviste condotte con assistenti sociali femminili francofoni in un contesto sanitario hanno rivelato che, sebbene ci sia rispetto

da parte dei colleghi, esiste una percezione negativa diffusa da parte della società, che li etichetta come "ladri di bambini" o come agenti di controllo, anziché come fornitori di aiuto. Questa rappresentazione distorta influisce molto sull'autopercezione e sul lavoro quotidiano degli assistenti sociali, creando tensioni e conflitti con i beneficiari dei servizi e con i colleghi delle professioni sanitarie. I risultati della ricerca hanno identificato quattro elementi principali nella rappresentazione sociale del lavoro sociale: "consulenza per il sostegno", "empowerment e rispetto", "giustizia sociale" e "vocazione compassionevole". Ogni elemento è fortemente legato ai valori professionali e ha un impatto notevole sulle pratiche quotidiane degli assistenti sociali. Inoltre, la mancanza di comprensione del ruolo degli assistenti sociali da parte dei colleghi e della società in generale suggerisce la necessità di campagne educative e di una maggiore visibilità della professione. Rappresentazioni mediali spesso negative contribuiscono a perpetuare stereotipi dannosi, rendendo urgente la richiesta di una rappresentazione più realistica e positiva del lavoro sociale nei media. Il lavoro sociale è attualmente colpito da una crisi d'identità, alimentata da rappresentazioni sociali imprecise e da un contesto organizzativo che spesso non riconosce il valore del lavoro degli assistenti sociali. È fondamentale promuovere una maggiore consapevolezza e comprensione del loro ruolo per migliorare non solo la loro autopercezione, ma anche l'efficacia dei servizi offerti. L'analisi della rappresentazione sociale del lavoro sociale evidenzia una serie di sfide e contraddizioni che gli assistenti sociali affrontano quotidianamente, in particolare in contesti interdisciplinari e sanitari. Il concetto di "servizio complementare" è frequentemente frainteso, portando a una percezione errata del ruolo degli assistenti sociali, che vengono spesso considerati come figure marginali all'interno del sistema sanitario. Questo genera una mancanza di riconoscimento del loro contributo e una crisi dell'identità professionale, caratterizzata da tensioni tra le aspettative degli operatori e le reali capacità e competenze degli assistenti sociali.

La letteratura sulla professione di assistente sociale identifica una serie di conflitti che fanno deragliare il percorso verso una concezione generalizzata del lavoro sociale. Pertanto, la costruzione di un'identità professionale è messa a repentaglio in quanto richiede una qualche forma di consenso, sia da parte dei professionisti stessi sia da parte di altri stakeholder. (Caza , B.B. and Creary S.J. 2016)

Le interviste fatte a assistenti sociali donne che parlano francese in ambito sanitario hanno messo in luce che, anche se i colleghi mostrano rispetto, la società ha una visione piuttosto negativa di loro. Molti li vedono come "ladri di bambini" o come agenti di controllo, piuttosto che come persone che offrono aiuto. Questa visione distorta influisce molto su come si vedono e sul loro lavoro di tutti i giorni, creando tensioni sia con le persone che servono che con i colleghi nel settore sanitario. La ricerca ha evidenziato quattro aspetti chiave della percezione sociale del lavoro sociale: "consulenza per il sostegno", "empowerment e rispetto", "giustizia sociale" e "vocazione compassionevole". Ogni aspetto è legato ai valori professionali e influisce in modo significativo sulle attività quotidiane degli assistenti sociali. Inoltre, la mancanza di comprensione del loro ruolo da parte dei colleghi e della società in generale indica che c'è bisogno di campagne informative e di una maggiore visibilità della professione. Le rappresentazioni nei media, spesso negative, aiutano a mantenere stereotipi dannosi, il che rende urgente la richiesta di un'immagine più realistica e positiva del lavoro sociale. Il lavoro sociale sta dunque attraversando una crisi di identità, dovuta a rappresentazioni sociali errate e a un contesto organizzativo che spesso non riconosce il valore del lavoro degli assistenti sociali. È davvero importante aumentare la consapevolezza e la comprensione del loro ruolo per migliorare non solo come si vedono, ma anche l'efficacia dei servizi che offrono.

Questo articolo sopra esposto evidenzia è un lavoro complesso e con molte sfaccettature molti aspetti interessanti, tra cui l'empowerment e il rispetto, tenendo conto della persona che viene al servizio purtroppo ci sono delle rappresentazioni che non sono a favore della professione.

Un lavoro di Tarkiainen T. ed Heino esamina il valore di un approccio basato sulla cultura popolare, riguardo la trasformazione dell'assistenza sociale in Finlandia. Si concentrano sulla resa di due interviste di gruppo, coinvolgendo 17 assistenti sociali. Riportano com'esse possano essere decisamente utili ad indagare le rappresentazioni che vengono nella prassi e ad aprire ad un'attitudine più riflessiva ed empatica nei confronti dell'utente.

L'esame dei materiali condusse alla individuazione di due filoni. Il primo era costituito dal valore che gli assistenti attribuiscono al sapere popolare come da rappresentazione di sé. Delle immagini sono arrivate dai racconti figurati a mettersi a disposizione del trasformarsi e del tendere alla chiarezza, dello sciogliersi dell'emozione e del pensiero

professionale, delle precomprensioni. Un tale processo di speculazione sul pensare e sul sentire spinge l'operatore a scoprirsi e ad affrontare eventuali stereotipi social-culturali e le attese che sopporta la clientela in merito, migliorando con effetto d'ordine morale la vigilanza e l'efficacia della pratica.

La seconda tematica rilevata verte circa l'impiego dei materiali di cultura popolare a fine di un incremento del rapporto con i clienti. Così gli assistenti sociali li adoperano per provocare discorsi su punti significati ed instaurare un clima di fiducia. Distruggendo gli archetipi associatigli al lavoro sociale, gli assistenti ottengono di concertare col cliente al vincere la diffidenza provata verso la professione, e quindi di creare un terreno comune a bene a comunemente favorevole per la comunicazione e la reciproca comprensione.

In una detta ottica comunicano condizioni assai rilevanti le conclusioni dell'Articolo considerato, intorno all'importanza del riguardare assai di più alle rappresentanze culturali ed al loro influsso sul lavoro sociale, e ciò sia per gli stessi assistenti sociali come pei clienti loro. Tal riguardo riflessivo non arricchisce soltanto la pratica di professione, bensì favorisce anche un rapporto più autentico e collaborativo tra assistenti sociali ed utenza dei servizi sociali.

Ad una certa importanza giunge, per vari rispetti, il tema relativo alle rappresentanze culturali nel campo dell'indagine e dell'opera degli Assistenti sociali.

Secondo un sondaggio realizzato da Community Care da A. Koutsounia e reso noto il 17 aprile 2024, il lavoro sociale gode di una limitata considerazione pubblica, poiché solo un 44% degli intervistati è convinto che l'opinione pubblica renda alla categoria tutta la stima che le è dovuta. Un risultato che gli rilevamenti di YouGov confermano: solo un 44%, appena, ritiene infatti la professione rispettabile- risultato assai inferiore a quello riferito ad esempio a medici e infermiere. La pubblicità cinematografica e televisiva sono responsabili di questa visione distorta.

Tali rappresentazioni tendono a ritrarre gli assistenti sociali solo in situazioni critiche, come il portare via i bambini alle famiglie, creando così un'immagine non accurata del loro ruolo e delle loro attività quotidiane.

Per affrontare questa problematica, Social Work England ha lanciato una campagna volta a incoraggiare l'industria dell'intrattenimento a rappresentare in modo più realistico e positivo il lavoro sociale. I risultati del sondaggio indicano che una

rappresentazione più autentica potrebbe essere molto efficace: due terzi dei partecipanti credono che i ritratti realistici in TV e nei film possano migliorare la percezione pubblica, e il 59% auspica una copertura mediatica meno negativa.

In aggiunta, sono state suggerite strategie come campagne educative governative per aumentare la visibilità del ruolo degli assistenti sociali, anche attraverso la presenza nelle scuole.

Appare ancora auspicabile che si possano attivare percorsi formativi sui media a vantaggio degli assistenti sociali perché vadano ad assumere un ruolo di “ambasciatori” della pubblica funzione, in grado di “dire” con chiarezza e chiarezza il perché delle azioni e delle scelte del Servizio Sociale.

E' urgente trovare il modo per coinvolgere gli assistenti sociali in incontri con l'Amministrazione cittadina quale portavoce delle professioni e non esclusivamente come “delegati alle relazioni esterne”, per far sì che la comunicazione appaia mediata con maggiore sicurezza e veridicità alla collettività e quindi più utile al miglioramento della visione sociale del lavoro sociale. La letteratura sui professionisti sociali come oggetto di rappresentazioni sociali offre pochi contributi, e soprattutto negli strumenti redatti all'estero, ma utilizzando la teoria delle Rappresentazioni sociali di Moscovici e si presenta ora l'occasione di applicarla, all'importo d'indicare il mosso complesso, che attingerebbe quando la rappresentazione sociale è eletta a strumento di soppressione dell'angoscia e di constatazione due chi è affacciata ad un mondo che non conosce o considera mostruoso.

Uno dei principali stereotipi discussi è quello del “ladro di bambini”, che associa all'assistente sociale caratteristiche di furto, inganno e segretezza, rafforzando un'immagine negativa e distorta del suo ruolo di protezione dei minori. La figura dell'assistente sociale è spesso vista come “estranea che si intromette” nelle questioni familiari e come “traditrice” che colpisce di sorpresa, generando sfiducia e ostilità, e sfociando talvolta in accuse di ingiustizia e abuso.

L'analisi dei media, tra film, romanzi e programmi televisivi, mostra come gli assistenti sociali vengano normalmente rappresentati in modo incompleto, con caratteristiche stereotipate di donne di età compresa tra i 30 e i 45 anni, in abbigliamento formale, con una vita personale spesso priva di relazioni stabili, sostenendo il cliché della professionista completamente dedicata al lavoro. La rappresentazione si concentra

principalmente sulle azioni più drammatiche — come il allontanamento dei minori — trascurando le attività quotidiane e meno evidenti, come progettazione di politiche, lavoro in rete e prevenzione.

Inoltre, si fa notare che le narrazioni tendono a ritrarre l'assistente sociale come una figura spesso soggetta a emozioni personali o come poco qualificata, contribuendo a mantenere uno status professionale basso e stereotipato.

L'indagine di Allegri E. mette in luce come, se declinata in termini positivi, la qualifica professionale sia tendenzialmente attribuita all'ambito individuale, piuttosto che a quello professionale, e quindi sia a detrimento della specifica qualificazione che sottende all'operatore.

A contrastare questi stereotipi e a migliorare la percezione riportata, appare indispensabile un rafforzamento dell'informazione e del riconoscimento delle attività meno eclatanti, come pure l'iniziativa di opere di comunicazione che concorrano a fronteggiare nuovi tipi di rappresentazioni sociali, più vere e più rispettose del ruolo e delle attività degli Assistenti Sociali. Anche i mass media e le istituzioni sono, pertanto, chiamati a un impegno collettivo per restituire alla professione dignità e credibilità, sostenendo una comunicazione più adeguata e composita, a fronte della quale gli stereotipi si dissolvano e la complessità del lavoro dell'assistente sociale si valorizzi.

3.3.2 Letteratura sulle rappresentazioni sociali degli infermieri

Un'Indagine condotta in Brasile dall'Universidade Federal da Bahia si propone di analizzare le rappresentazioni di natura sociale proprie degli infermieri impiegando un metodo di indagine qualitativa che si fonda sulla teoria della rappresentazione sociale di Moscovici. L'indagine risulta basata sul contenuto di interviste effettuate a cinque professionisti dell'informazione impegnati in diversi ambiti (radio, televisione, stampa scritta, pubblicità e iniziative). Dai loro racconti si desumono alcuni punti salienti. Si rileva in primo luogo, come diffusa ignoranza sul mondo del lavoro e sul mondo infermieristico attuale, si sottolinei la scarsa conoscenza non solo delle mansioni e delle competenze della professione infermieristica, non solo dei presupposti economici del comportamento nel campo professionale infermieristico, bensì anche della distinta definizione fra la professione infermieristica e la gamma delle professioni affini. In secondo luogo, come gli infermieri siano poco o mal rappresentati nei mezzi di informazione e trascurati nella percezione comune, per cui la loro figura ne risulta

distorta e incompleta. In terzo luogo come rientri, anche oltre cert alio capo, nell'ordine di responsabilità degli infermieri medesimi l'attenersi a promuovere la propria causa, ad acrisolare il loro patrimonio d'immagine sociale, a porsi chiaramente e costantemente innanzi alle attenzioni del pubblico. La presente indagine, circoscritta ad ambito assai limitato e schiva di umiliare sarebbe sulle cause di questa speciale stortura della società, mette bene in luce l'attitudine a rivendicazioni d'un ordine superiore e affatto moderno e dà forza a ciò che già per tante altre strade ci mostra, che l'opinione pubblica sul mestiere infermieristico si sciogla da antichi preconcetti e si esplica in attivo concorso a significarlo.

L'ulteriore studio condotto in Brasile presso l'Universidade Federal da Bahia ha esaminato le rappresentazioni sociali dell'infermiere nelle unità di terapia intensiva (UTI). La ricerca ha identificato il nucleo centrale e il sistema periferico di queste rappresentazioni analizzando i dati raccolti da novanta infermieri attraverso tecniche di evocazione libera, focalizzate sul lavoro infermieristico in UTI, e successivamente elaborati tramite software dedicati. I risultati mostrano come gli elementi centrali siano lo stress, la responsabilità, la cura integrale e la gratificazione. Il sistema periferico include invece atteggiamenti personali e professionali ritenuti necessari per svolgere efficacemente il lavoro in queste unità. L'analisi evidenzia come, nonostante lo stress e la responsabilità siano aspetti significativi e pesanti nell'ambito dell'assistenza infermieristica in UTI, essi vengono mitigati dalla soddisfazione derivante dall'erogazione di cure complete e integrate. Questa gratificazione, a sua volta, si basa su un insieme di atteggiamenti sia personali che professionali, che costituiscono la base per affrontare con efficacia le sfide quotidiane di un contesto così complesso.

Lo studio descritto analizza come operatori sanitari italiani—medici, caposala e infermieri—costruiscono e negoziano le loro rappresentazioni del dolore, evidenziando il ruolo della cultura locale e delle differenze professionali.

Attraverso uno sguardo socio-costruttivista e l'analisi di un corpus di ventisei interviste condotte con professionisti, l'autore evidenzia come le scritture del dolore possano variare a seconda di diversi fattori - dal livello gerarchico al tipo di competenza professionale, alla scala valoriale collegata alle singole professioni.

In particolare, si evidenzia che:

- Contenuti delle rappresentazioni variano a seconda della funzione e del ruolo

professionale, riflettendo la formazione e le responsabilità di ciascun operatore.

- Valori e significati legati alle diverse professioni influenzano la percezione e l'interpretazione del dolore.

Esistendo due rappresentazioni in lotta del dolore. Nello studio, si è avuto cura di dimostrare come l'attenzione dei medici, degli infermieri sia quasi sempre deviata dall'origine fisica del male e concentrata sulle cause organiche, subordinando l'esistenza del dolore alla diagnosi e al trattamento della patologia, trascurando per contro le condizioni psicologiche e psicosociali. L'interesse in questo modo concentrato potrebbe non tenere in debito conto la parte dolorosa che rientra nella coscienza del malato e si potrebbe essere nel torto di pretendere di far uscire dal dominio della patologia che una parte della dolente esperienza umana, rinunciando quindi a collocare esattamente gli elementi di disturbo che appartengono alla sfige dolorosa e che il malato solo può indagare. In ultima analisi, la ricerca non poteva tentare se non di rilevare quelle condizioni sociali e culturali che modificano la rappresentazione del dolore nei lavoratori; indi le tensioni tra concezione oggettiva e soggettiva, il ruolo che viene loro assegnato nel percepire e spiegare questa fondata esigenza umana.

Gli operatori sanitari utilizzano il loro sapere professionale per identificare i segni del dolore, sono osservatori privilegiati delle parole, dei gesti e delle espressioni emotive dei pazienti; attribuiscono un significato a quello che osservano basandosi su un sapere che ha una sua storia, fatta di esperienze individuali e di modi collettivamente condivisi di rappresentare il mondo e di integrato da modalità più strettamente professionali che fanno parte della cultura delle diverse professioni.

Un sapere professionale che si nutre di valori e significati legati a propri specifici, che influenza in modo determinante la percezione e l'interpretazione del dolore. Il medico e l'infermiere tendono a concentrarsi sull'origine organica del dolore e a considerare questo come subordinato alla diagnosi e al trattamento della malattia; tendono a sottovalutare le componenti psicologiche e psicosociali del dolore, il che significa che in genere considerano l'esperienza soggettiva del paziente come secondaria. Ecco perché spesso il dolore è sottovalutato, anche quando esso è di particolare intensità e quando il paziente ne parla. Bisogna però fare eccezione a queste affermazioni, poiché ci mostrano persone che, molto di più di quanto non si creda, restano disturbate dal dolore fisico e morale del rimostrante, ma riescono a rimanere sollevate e rassegnate

all'aspetto sofferito assumendo la solita aria sorridente e tranquilla onde sia maggiormente alleviata la pena del paziente.

Morales C.T. sviluppa un'analisi incentrata sugli stereotipi connessi alla professione infermieristica ed ai suoi professionisti. In particolare emerge l'influenza sulla valutazione sociale e di genere degli individui e sulle prospettive future. Obiettivo altresì identificare e descrivere lo stereotipo nelle sue componenti culturali e sociali, sia presso gli studenti che presso gli operatori. I punti fondamentali della natura degli stereotipi sono i seguenti:

Stereotipi di Genere:-

- Infermiere considerate in massima parte come donne, giudicate più particolarmente adatte a mansioni di cura e di rigenerazione, vale a dire, meno capaci, meno autonome e con minore censo civile di altre professioni mediche.
- Gli infermieri uomini sono oggetto di stereotipi che li vorrebbero inidonei, effeminati, omosessuali o pericolosi sul piano sessuale, e la cui valutazione risulti sostanzialmente dall'aspetto fisico e non dalla preparazione professionale.
- Stereotipi sulla professione stessa:
 - La professione infermieristica è vista come poco conosciuta, poco prestigiosa, di basso livello formativo e subordinata alla figura del medico.
 - È percepita come una professione con requisiti accademici bassi, poco autonoma, con condizioni di lavoro discutibili e poco riconosciuta socialmente.
 - L'immagine mediatica e culturale spesso riduce il ruolo degli infermieri a compiti ripetitivi, poco qualificati o di assistenza di base.

2. Impatto degli stereotipi:

- Gli stereotipi di genere limitano la partecipazione degli uomini nella professione e rafforzano le percezioni di inferiorità o di inadattabilità.
- La rappresentazione sociale e mediatica perpetua l'idea di infermieri come figure subordinate, poco autonome e poco qualificate.
- Gli stereotipi influenzano anche le scelte di carriera, la percezione del prestigio e le opportunità di avanzamento professionale.

3. Cause e fattori di perpetuazione:

- Costruzioni culturali e sociali radicate, influenzate da tradizioni patriarcali, media e rappresentazioni sociali.
- La femminilizzazione storica della professione, che contribuisce a svalutare il ruolo delle infermiere e a relegarlo a compiti di cura tradizionali.
- Preconcetti sulla mascolinità e la sessualità degli infermieri maschi, che ne limitano la partecipazione e generano giudizi negativi.

4. Strategie per ridurre gli stereotipi:

- Presentare un'immagine reale e professionale dell'infermiere e del suo lavoro, valorizzando le competenze, le aree di specializzazione e il lavoro di équipe.
- Avviare campagne informative, da affidare all'Università, ai mass-media e alla programmazione sanitaria, che illustrino la rilevanza e la dignità degli studi infermieristici.
- Favorire la presenza di entrambi i sessi in ogni momento della professione, eliminando ogni discriminazione e prevenendo i pregiudizi.
- Organizzare giornate di orientamento e d'arruolamento alle quali partecipino soltanto infermieri esperti e valore e che illustrino a ciascuno l'immagine di un infermiere competente e responsabile

5. Limitazioni dello studio:

- Mancanza di backward snowballing per identificare ulteriori studi pertinenti.
- Difficoltà nel confronto dei risultati a causa delle metodologie eterogenee degli studi inclusi.
- Influenze culturali e geografiche che possono aver determinato discrepanze nei risultati.

6. Conclusioni principali:

- La professione infermieristica è ancora fortemente associata a stereotipi di genere e di valore sociale.
- La rappresentazione sociale della professione infermieristica dovrebbe indirizzarsi in senso più professionale, competente e inclusivo.
- E' opportuno diffondere un'immagine professionale che valorizzi le competenze

proprie del ruolo, l'autonomia di decisione e l'apporto di tutti i professionisti, indipendentemente dal sesso di appartenenza.

- Le attività sensibilizzatrici, formative e comunicative sono imprescindibili per trasformare le diverse percezioni e favorire una partecipazione equilibrata di uomini e donne alla pratica infermieristica.

Lo studio riguarda la ridefinizione dell'immagine professionale infermieristica, la superazione degli stereotipi e la necessità di una strategia polivalente, che investa mass-media, sistema formativo, politiche sanitarie e gli stessi professionisti, indirizzata a una diversa e più fedele rappresentazione professionale, più fedele e integrativa.

Capitolo 4. Ricerca empirica sul tema

4.1 Obiettivi

L'obiettivo generale del mio lavoro è di natura esplorativa e mira a indagare le esperienze e i vissuti professionali delle figure che operano nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) durante la periodo della pandemia. In particolare, si intende analizzare le dinamiche esistenti tra i professionisti prima, durante e dopo la crisi sanitaria, valutando anche eventuali cambiamenti nel contesto lavorativo e nelle relazioni interprofessionali.

Di seguito, presenterò tre delle domande poste agli intervistati, con l'obiettivo di approfondire le dinamiche di team, le aspettative e i bisogni del personale, nonché l'impatto del Covid-19:

- In che modo il modo di interfacciarsi con gli altri membri dell'équipe è cambiato durante il Covid-19? Può spiegare come si relazionava prima, durante e dopo la pandemia con le altre figure professionali?
- Quali sono le sue aspettative riguardo al lavoro dei colleghi e degli altri professionisti? Ritiene che le figure dell'équipe abbiano ruoli specifici e doveri precisi nel corso della giornata lavorativa? Quali bisogni pensa abbiano gli altri professionisti nel svolgimento delle proprie mansioni?
- I bisogni e le aspettative sono cambiati prima e dopo il Covid-19? Se sì, in che modo?

Dalle ricerche precedenti, che ho illustrato nei capitoli precedenti, mi aspetto che nelle risposte degli intervistati emergano alcuni aspetti significativi. In particolare, è probabile che vengano evidenziati pregiudizi e stereotipi che, tuttavia, potrebbero essere successivamente confutati dall'esperienza concreta vissuta durante la pandemia.

Secondo la letteratura esistente, prevedo che si possano riscontrare i seguenti risultati:

- Limitazioni nell'accesso a test e dispositivi di protezione, con conseguente carenza di forniture e, quando disponibili, a volte non adeguate alle esigenze.
- Preoccupazioni del personale riguardo alla propria salute e a quella dei residenti.
- Aumento del carico di lavoro e fenomeni di burnout, determinati dall'intensificazione delle responsabilità, dalla carenza di personale e dalla pressione emotiva derivante dalla cura di residenti in condizioni di vulnerabilità.
- Rilevanza della comunicazione efficace e del lavoro di squadra: elementi fondamentali, soprattutto nel contesto della pandemia, ma anche in altre situazioni di crisi.

Questi aspetti sono attesi come punti chiave che emergeranno dalle interviste, contribuendo a una comprensione più approfondita delle sfide e delle risposte del personale nelle RSA durante questo periodo complesso.

Riprendendo l'articolo di Lèvesque e colleghi (2019), che offre una panoramica approfondita delle rappresentazioni sociali degli assistenti sociali, ritengo che vengano affrontati i seguenti elementi: consulenza per il sostegno, empowerment per il rispetto e giustizia sociale.

Suppongo che, da parte di altri professionisti, possano sussistere numerosi pregiudizi nei confronti del lavoro sociale, poiché questa professione si trova ad affrontare una crisi di identità, alimentata da rappresentazioni sociali imprecise e da un contesto organizzativo che spesso non riconosce appieno il valore dell'attività degli assistenti sociali.

Le rappresentazioni sociali, sebbene appaiano spesso stabili, sono anche flessibili e suscettibili di mutamenti. Questi cambiamenti possono essere influenzati da nuovi modelli di pensiero, dall'emergere di ideologie innovative e dalla diffusione di informazioni attraverso i mass media. Moscovici (1961) sottolinea come la rapidità della comunicazione moderna renda necessario un continuo adattamento e una ricostruzione del senso comune.

Dallo studio di Moscovici (1961) sulle rappresentazioni sociali, suppongo che verrà anche affrontato il tema della difficoltà dei professionisti nel comprendere appieno le prospettive degli altri, pur riconoscendo l'esistenza di un senso comune condiviso, ad esempio, nel tentativo di considerare tutti i punti di vista al fine di promuovere il

benessere degli ospiti e delle persone che vivono nelle RSA.

Basandosi sul sondaggio di White e colleghi (2021) sulle esperienze del personale delle case di cura durante la pandemia di Covid-19, a mio avviso, verrà evidenziata una situazione estremamente complessa e stressante, che ha aggravato fenomeni quali burnout e turnover in un settore già vulnerabile. Sarebbe auspicabile implementare strategie volte a sostenere il benessere del personale, migliorare la comunicazione e garantire risorse adeguate per affrontare situazioni simili in futuro.

Per quanto riguarda le aspettative, credo che gli intervistati risponderanno che i professionisti svolgono il loro lavoro al meglio, con attenzione agli ospiti. In relazione al periodo del Covid-19, mi aspetto che verranno espresse le difficoltà nel comunicare con i colleghi durante l'emergenza, soprattutto a causa dell'elevato carico di lavoro.

Per quanto concerne i bisogni, prevedo che gli intervistati risponderanno che non vi sono esigenze particolari, se non, come già evidenziato, l'aumento del personale.

4.2 Metodo

4.2.1 Partecipanti

I partecipanti sono stati complessivamente dieci, provenienti da diverse professioni e da tre differenti realtà: tre Centri servizi per anziani (Centro servizi per anziani Anna Moretti Bonora di Camposampiero, Centro servizi anziani Tiepolo di San Martino di Lupari e Centro servizi anziani Villa Imperiale di Galliera Veneta).

Le interviste sono state condotte con:

- Due assistenti sociali, una del Centro servizi Bonora e una del Centro servizi Villa Imperiale;
- Due psicologi, entrambi del Centro servizi Bonora;
- Un'educatrice del Centro servizi Bonora;
- Cinque operatori sociosanitari, di cui tre del Centro servizi Bonora, uno del Centro servizi Villa Imperiale e uno del Centro servizi anziani Tiepolo.

4.2.2 Procedura

I partecipanti sono stati contattati attraverso modalità differenti. Quasi tutti gli operatori sono stati raggiunti tramite passaparola, grazie all'intermediazione dell'educatrice del Centro servizi Bonora. L'operatrice del Centro servizi Villa Imperiale è stata contattata telefonicamente, poiché si trattava di una mia ex collega. L'assistente sociale del Centro servizi Bonora, invece, è stata raggiunta tramite e-mail, essendo la stessa mia tutor di tirocinio nell'ambito della presente magistrale. I due psicologi e l'educatrice sono stati invece coinvolti verbalmente, poiché erano presenti nel luogo in cui svolgevo il tirocinio.

Per tutti i partecipanti è stata adottata un'intervista semi-strutturata, basata su una scaletta che allegherò di seguito. Gli intervistati sono stati liberi di rispondere e di aggiungere commenti o considerazioni riguardanti le domande poste, qualora ritenessero opportuno. Ho prestato particolare attenzione anche all'aspetto del silenzio, ritenendolo importante da rispettare, soprattutto in considerazione della tematica trattata e del periodo di difficoltà attraversato.

Le aree tematiche affrontate sono state: presentazione, Covid-19, aspettative e bisogni. Le domande miravano a comprendere con quali figure professionali gli intervistati collaborino in équipe, quali dinamiche si instaurino all'interno di queste, quali siano gli obiettivi e le aspettative, e se tali aspetti abbiano subito modifiche in seguito alla pandemia da Covid-19, specificando in che modo.

Tutte le interviste sono state registrate audio previo consenso informato, che è stato richiesto e firmato prima della partecipazione, utilizzando un apposito modulo che sarà allegato. Le interviste sono state condotte in presenza, nel periodo compreso tra maggio e settembre 2023, compatibilmente con la disponibilità dei partecipanti. La durata media di ciascuna intervista è stata di circa 20-25 minuti. Tutte si sono svolte in un clima di reciproco rispetto e disponibilità.

4.2.3 Analisi

Prima di ogni intervista, è stato fatto firmare ai partecipanti il consenso informato, nel quale si è concordato che le registrazioni sarebbero state trascritte esclusivamente per finalità di questa tesi. Ho condotto un'analisi qualitativa del contenuto delle interviste, trascrivendole integralmente e analizzando successivamente i temi ricorrenti e le

informazioni espresse, seguendo la struttura della scaletta, come illustrato nel dettaglio di seguito.

4.3 Risultati

4.3.1 Introduzione e Presentazione

Introduzione

In questa sezione mi sono presentata, ho illustrato i contenuti del mio lavoro di tesi e ho spiegato che avrei condotto un'intervista audio-registrata della durata di circa 20 minuti.

Da quanti anni lavora?

La maggior parte delle persone intervistate afferma di avere diversi anni di esperienza nel loro campo, ricoprendo ruoli come OSS, assistente sociale, psicologa ed educatrice. Tuttavia, tutti i professionisti coinvolti condividono l'esperienza di aver lavorato durante le fasi pre-, durante e post-Covid-19.

- Da quanto lavora per questa struttura? Che ruoli ha ricoperto negli anni? Sempre gli stessi o differenti?

La maggior parte degli intervistati lavora presso la stessa struttura da molti anni, mantenendo le medesime mansioni. In particolare, gli OSS riferiscono di aver svolto le stesse funzioni nello stesso reparto per un lungo periodo. Diversamente, alcuni professionisti hanno ricoperto ruoli diversi nel corso degli anni: un'assistente sociale, un'educatrice e una psicologa.

Un'assistente sociale afferma:

“Lavoro in questa struttura da circa dieci anni. Sono arrivata come coordinatrice e responsabile di struttura, affiancata da un'altra collega assistente sociale. Circa 7-8 anni fa, dopo il mio rientro dalla maternità, ho chiesto di tornare nel ruolo di assistente sociale, e, dato che il posto era disponibile, mi è stata concessa questa opportunità.”

L'educatrice spiega:

“Il primo anno ho lavorato come educatrice presso un centro servizi per anziani e, successivamente, come educatrice e coordinatrice presso una casa albergo per anziani. Attualmente sono coordinatrice del centro diurno e operatrice educativa negli altri reparti.”

Una psicologa commenta:

“All'inizio, nel complesso Bonora non disponeva di un servizio psicologico. Nei primi anni, gestivo un centro diurno, di cui sono entrata a far parte come responsabile. Successivamente, il centro è stato chiuso per motivi organizzativi. Nel frattempo, è stato avviato il progetto di un servizio psicologico presso la casa di riposo, al quale si è unito anche il mio collega, anche se solo dopo alcuni anni.”

Con che figure lavora in equipe?

Dato che la maggior parte degli intervistati è costituita da OSS, molti riferiscono di collaborare strettamente con infermieri, medici, educatori, fisioterapisti e logopedisti. Un'intervistata afferma:

“Lavoravo a stretto contatto con infermieri, con il medico in alcune occasioni, con fisioterapisti e, certamente, con la logopedista. Collaboravo anche con l'assistente sociale, quando possibile. C'erano inoltre referenti di nucleo, responsabili degli operatori socio-sanitari e il coordinatore infermieristico.”

Diversamente, i professionisti che operano nel reparto del Centro diurno riferiscono di interagire principalmente con infermieri e, quando possibile, con la coordinatrice. L'assistente sociale, invece, spiega di mantenere rapporti con diverse figure: infermieri, educatori, fisioterapisti, logopedisti, psicologi, capi servizio, medici e personale amministrativo. Collabora con queste figure in team, a seconda delle necessità. L'educatrice, inoltre, sottolinea di avere quotidianamente contatti con psicologi, fisioterapisti, assistenti sociali, operatori sociosanitari, capi reparto, coordinatori OSS, infermieri, medici e parenti, soprattutto con i figli degli ospiti del centro diurno.

Con quali figure si interfaccia maggiormente quotidianamente?

Un'assistente sociale, tra i due intervistati, commenta:

“Le figure con cui mi confronto più frequentemente sono la mia collega e le responsabili di nucleo, che sono come le caposala negli ospedali, cioè i riferimenti principali per i vari gruppi o nuclei della struttura. Mi relaziono spesso anche con la psicologa, e in alcune situazioni con fisioterapisti o educatori. Frequentemente ho rapporti anche con il direttore dell'area e con alcune sue collaboratrici, a seconda delle esigenze. Per esempio, nelle fasi di accoglienza e nel contatto con i familiari, cambiamo referente in base a specifiche richieste.”

Le interazioni dei professionisti e degli OSS dipendono dalle esigenze del momento, dalle problematiche emergenti e dalle richieste dei familiari. Ad esempio, durante il tirocinio, alcuni hanno condotto colloqui per l'ingresso nel centro diurno e hanno lavorato su problematiche come la carenza di posti nei mezzi di trasporto rispetto alla domanda.

Un'educatrice spiega:

“Per quanto riguarda la mia attività, il contatto principale è con gli operatori sociosanitari, sia per le funzioni di educatrice che per coordinare le attività nel Centro diurno. Condivido il lavoro con un'assistente sociale, che si occupa delle questioni relative ai problemi del centro e alle separazioni familiari. Inoltre, confronto regolarmente con le fisioterapiste delle due unità in cui opero e con i responsabili di ciascuna unità.”

Un'altra educatrice afferma:

“Il mio ruolo principale riguarda gli operatori sociosanitari. Mi occupo di supervisionare le attività del Centro diurno e di collaborare con l'assistente sociale sulle problematiche legate alla struttura e alle famiglie. Mantengo un contatto costante con i fisioterapisti e i responsabili delle unità in cui lavoro, oltre a mantenere un buon rapporto di collaborazione con gli infermieri, fondamentale per condividere informazioni sullo stato dei pazienti, motivarli e monitorarne l'assenza o presenza.”

In sintesi, le figure con cui gli intervistati interagiscono quotidianamente sono principalmente OSS, responsabili di nucleo, fisioterapisti, infermieri e assistenti sociali, coinvolti in diverse fasi operative per garantire la qualità dell'assistenza agli ospiti.

In quali momenti della giornata avviene il maggior contatto con queste figure? Per svolgere quali funzioni?

La maggior parte degli operatori riferisce di interagire con gli infermieri principalmente per le funzioni legate alle mansioni dell'OSS. Un'intervistata afferma:

> “Mi occupavo dell'igiene personale degli anziani, aiutando nel vestirli, svestirli, nelle mobilizzazioni passiva e attiva, nella somministrazione degli alimenti e nelle piccole medicazioni, sempre sotto supervisione infermieristica o su indicazione del personale sanitario. Gestivo inoltre attività di socializzazione, collaborando con gli educatori, con i quali dividevo i turni mattutini e pomeridiani. In alcuni casi, mi sono interfacciata anche con la psicologa per discutere delle condizioni degli ospiti.”

Le figure degli OSS, coinvolte quotidianamente, svolgono pratiche simili, riferendosi alle stesse figure di supporto. Tuttavia, le modalità di interazione variano in base alle esigenze quotidiane: due intervistate affermano:

“Dipende dalla giornata. Verosimilmente, al mattino, quando si pianifica l'andamento della giornata, durante le riunioni di équipe, nelle riunioni di coordinamento o nei momenti istituzionali come i PAI.”

“Le figure con cui ho rapporti più frequenti sono la mia collega, le responsabili di nucleo, la psicologa, il fisioterapista e l'educatore. Inoltre, spesso mi confronto con il direttore e con alcune impiegate amministrative, a seconda delle necessità, come ad esempio per gli ingressi, l'accoglienza o i rapporti con i familiari, che richiedono un referente specifico.”

4.3.2 Covid-19

È cambiato il suo modo di lavorare con il Covid-19? In che modo? Mi spieghi come era lavorare prima, durante e dopo il Covid-19.

Tutti gli intervistati concordano nell'affermare che il Covid-19 abbia profondamente modificato il loro modo di lavorare. È evidente quanto questa pandemia abbia avuto un impatto significativo sulla quotidianità, sul benessere psicologico e sulle modalità

operative di operatori e assistiti, in particolare di coloro che si dedicano alla cura degli altri. La crescente necessità di adottare dispositivi di protezione, spesso scomodi e invasivi, ha reso il lavoro più complesso e stressante, alterando anche le dinamiche relazionali con gli ospiti e tra colleghi. La tensione, l'ansia e il senso di incertezza hanno sicuramente influito sul clima lavorativo e sulla qualità delle cure fornite.

In aggiunta, il sacrificio degli ospiti, costretti a rimanere nelle loro stanze e privati delle visite, insieme alle difficoltà logistiche come mantenere la temperatura del cibo o gestire i materiali monouso, mette in luce come la pandemia abbia portato non solo a problemi sanitari, ma anche a un forte impatto emotivo e psicologico. A tal proposito, un'intervistata afferma:

“Certamente, con il Covid tutto è cambiato, e le cose sono peggiorate. Sono stata molto più attenta alle norme igieniche e alle precauzioni. Ho dovuto utilizzare dispositivi di protezione individuale che, pur consentendomi di lavorare, rappresentavano un ostacolo in alcune operazioni. Per esempio, la visiera si appannava, rendendo difficile il lavoro, e faceva molto caldo, rendendo tutto pesante. Avevo già l'ansia di dover prestare attenzione a ogni minimo dettaglio: assicurarmi che i guanti e la tuta coprissero ogni parte del corpo, senza lasciare scoperto anche un lembo di pelle. Bisognava avvicinarsi agli ospiti per svolgere il proprio lavoro, ma allo stesso tempo stare attenti, perché erano contagiati. Nonostante visiera, doppia mascherina, tuta protettiva e altri dispositivi, l'attenzione doveva essere massima, sia durante le operazioni che nel momento di svestirsi, che è molto delicato, perché è facile toccare un indumento contaminato. Quindi sì, rispetto a prima, dove si cercava di lavorare con più calma e serenità, con il Covid questa tranquillità si è persa. La paura di contagiare e di essere contagiati ha reso tutto più teso, anche tra i colleghi, che erano altrettanto agitati. Questo ha influenzato anche l'assistenza, che ha subito delle ripercussioni: le confezioni di cibo monouso erano di qualità pessima, generando sprechi di plastica, una situazione davvero difficile da accettare, ma necessaria per rispettare le regole imposte dal governo. Mantenere il cibo caldo, ad esempio, era complicato e gli ospiti si lamentavano. Inoltre, erano impossibilitati a uscire, a visitare i familiari o a vedere qualcuno, rimanendo rinchiusi nelle loro stanze. Molti erano malati, con febbre, problemi respiratori e altre complicazioni. Vedere questa condizione negli anziani, che soffrivano non solo fisicamente ma anche psicologicamente, ha profondamente colpito anche gli operatori.

Questa esperienza ha rappresentato un cambiamento radicale, che ha coinvolto sia gli operatori che gli ospiti, vivendo questa realtà in prima persona.”

Il Covid-19 è stato un periodo estremamente difficile per tutti. Un’operatrice, ad esempio, commenta:

“Il Covid-19 è stato un colpo al cuore: ti sentivi spaccato in due, tutta bardata, con mascherina, casco, senza poter instaurare rapporti autentici. Il minimo indispensabile, specialmente con ospiti positivi, dovevi usare guanti, sanificare tutto, dimenticando i momenti di socialità e di vicinanza che prima erano normali. Ora si è imposto un senso di isolamento: le mascherine sono restate, così come la sanificazione delle mani e dei bagni ogni volta che si porta un ospite in toilette. “Probabilmente, si cerca di mantenere una certa distanza, anche se questo rende complicato il riconoscimento e la comunicazione, dato che la mascherina limita l’espressione del viso.”

Il Covid-19 ha inevitabilmente influenzato anche il lavoro delle assistenti sociali, costringendole a ripensare completamente il loro ruolo, come emerge dalle interviste raccolte:

“Decisamente, il mio lavoro si è modificato. Prima mi interfacciavo principalmente con i familiari degli ingressi attuali e futuri, ma con il Covid-19 questa modalità si è ridotta drasticamente. Ora il contatto avviene principalmente telefonicamente o via email. Inizialmente, c’erano state restrizioni alle visite, e tutto era molto più complicato: i rapporti di persona sono diventati rari, le riunioni più difficili da organizzare, e si sono affacciate nuove priorità legate alla gestione dell’emergenza sanitaria. Oggi, anche se si stanno attenuando alcune restrizioni, si percepisce che l’impronta di questa fase rimarrà a lungo.”

Un’altra assistente, rispondendo alla domanda se durante il periodo di pandemia il suo ruolo si fosse evoluto anche grazie alle videochiamate, dichiara:

“Certo, in quel periodo mi sono dedicata molto all’interfaccia con l’utenza tramite videochiamate e telefonate. Gran parte del lavoro si è spostato alle attività di back office: ho dedicato più tempo alla gestione delle pratiche, alla compilazione di

documenti e alla registrazione dei dati, attività che prima erano meno prioritarie perché si conciliavano con il rapporto diretto. Ora, invece, questa parte burocratica è diventata predominante, e sto cercando di recuperare un equilibrio.”

Il metodo di lavoro delle assistenti sociali è cambiato drasticamente con la pandemia. Nonostante entrambe abbiano dedicato maggiore attenzione alla burocrazia, hanno vissuto questa trasformazione in modi leggermente diversi, come emerge dalle loro testimonianze. Entrambe, tuttavia, si sono impegnate anche nel supporto alla registrazione dei dati relativi ai tamponi:

“Durante il Covid-19, il nostro modo di lavorare è cambiato sicuramente: gli ingressi sono stati sospesi, e ci siamo dedicati principalmente ad attività amministrative, come la gestione delle cartelle e delle pratiche. Abbiamo anche collaborato nelle visite da vetrata, che hanno permesso agli ospiti di vedere i loro familiari attraverso superfici di vetro. Inoltre, abbiamo partecipato alla fase di registrazione dei tamponi al personale e agli ospiti: ci siamo vestite e bardate, e abbiamo fornito supporto alla raccolta e all’archiviazione dei dati. Il Covid-19 ha modificato non solo le modalità di relazione, ma anche la frequenza e il tipo di contatti con familiari e ospiti. Prima, i visitatori entravano senza limiti e quotidianamente; ora, ci sono fasce orarie e controlli più stringenti. L’ingresso è più controllato, e tutti devono indossare mascherine, rendendo più difficile riconoscersi e comunicare.”

Tutte le interviste convergono nell’affermare che l’emergenza sanitaria ha colto molte strutture impreparate e che ciascuna ha cercato di adattarsi alle risorse disponibili. Un’educatrice, che ha lavorato in due strutture diverse durante il Covid-19, sottolinea:

“Il centro servizi per anziani in cui lavoravo all’inizio era strutturato in modo più completo per affrontare questa crisi, mentre la casa albergo, con maggiore libertà, ha adottato approcci differenti.”

In conclusione, si può affermare che l’emergere della pandemia ha sorpreso tutti, spingendo ogni realtà a trovare soluzioni alternative e a riorganizzarsi nel limite delle proprie possibilità.

Per quanto riguarda le relazioni, un'intervistata evidenzia:

“Prima del Covid-19 c'era più condivisione, più contatti e attività sociali. La pandemia ha imposto una chiusura improvvisa, che ha aumentato le distanze tra le persone. Ora, sebbene ci siano segnali di ripresa, si avverte un certo senso di isolamento, e molti di noi sentono ancora il bisogno di riconnettersi. La paura di contagiarsi ancora adesso limita le interazioni, anche tra colleghi e con gli ospiti. Tuttavia, sono ottimista: pian piano riusciremo a recuperare la fiducia e il senso di comunità.”

Un'altra intervistata sottolinea invece il timore che ha caratterizzato il periodo:

“Tra colleghi e con gli ospiti c'era un po' di timore, di paura di stare troppo vicini, nonostante gli ausili come mascherine e guanti. Ora, però, con il passare del tempo, si sta tornando alla normalità, anche se sarebbe opportuno riaprire di più, per restituire agli ospiti quanto hanno perso e per alleviare la fatica degli operatori. Personalmente, mi sento più libera e credo che tutto quello che abbiamo vissuto ci abbia reso più forti. Tuttavia, ancora oggi, ci rimane il timore di contagio anche per i più piccoli segni di raffreddore, che un tempo consideravamo innocui. Dovremmo imparare a lasciarci alle spalle questa paura.”

Le videochiamate, che sono state uno strumento fondamentale durante i periodi più severi di restrizioni, rappresentano ancora un elemento importante. Un'eccezione, come spiega lo psicologo intervistato, è rappresentata dalle visite da vetrata e dalla stanza degli abbracci:

“Durante il Covid-19, abbiamo limitato al minimo i contatti diretti, sfruttando al massimo le videochiamate, le visite da vetrata e, successivamente, la stanza degli abbracci, dove gli ospiti potevano toccarsi attraverso dei manicotti di gomma. Solo quando le condizioni lo hanno permesso, siamo passati alle visite in presenza, che hanno rappresentato un grande passo avanti rispetto alle restrizioni iniziali, come nel caso di strutture dove il contatto diretto era stato praticamente annullato per molto tempo.”

È cambiato il modo di interfacciarsi con le altre figure dell'équipe con in COVID? In che modo? Mi spieghi come si interfacciava prima, durante e dopo il COVID con le altre figure dell'équipe.

Il modo di interagire con le figure dell'équipe è cambiato per tutti gli intervistati. Tutti affermano che in passato l'approccio era molto più informale e rapido: se una figura come l'assistente sociale aveva bisogno di parlare con un operatore, si recava direttamente in reparto e otteneva una risposta immediata. Con l'emergenza Covid-19, però, l'accesso ai reparti è stato limitato o vietato.

Infatti, un'assistente sociale dichiara:

“Durante il periodo Covid non potevo più accedere al reparto, e quando trovavi qualcuno che usciva, ovviamente al termine del turno, era stanco e quindi non avevi neanche, diciamo, la possibilità o, più che altro, diventava difficile trovare una risposta. Ora, invece, si sta tornando a una situazione più vicina alla normalità. È vero che, complici le restrizioni legate al Covid-19, molte persone si sono forse riappropriate del proprio ruolo, e tutto appare più strutturato rispetto al passato, quando, nel bene o nel male, tutto era più rapido.”

Di seguito riporto alcuni estratti di interviste che ritengo più significativi:

Una intervistata afferma:

“Il modo di lavorare è cambiato perché ci sono stati diversi scontri riguardo alle modalità di prevenzione del contagio. Nei reparti Covid-19, le figure professionali più presenti erano sicuramente gli operatori socio-sanitari e gli infermieri. Interagire con logopedisti, psicologi o fisioterapisti era più complicato, poiché questi ultimi rimanevano nel reparto ‘pulito’, quello non contaminato, e vi entravano molto raramente per svolgere le proprie funzioni. Di conseguenza, gran parte di queste mansioni dovevamo svolgerle noi, anche se non era esattamente nel nostro compito, e abbiamo fatto il possibile, nei limiti delle nostre competenze di operatori socio-sanitari. La situazione è cambiata molto anche perché non si poteva più fare affidamento pratico su tali figure, ma solo dal punto di vista teorico. Per esempio, potevamo chiedere loro consigli su come gestire un paziente con problemi di deglutizione, e cercare di agire per conto loro, oppure riferire alla psicologa di un ospite particolarmente in difficoltà

emotiva, chiedendole come potessimo alleviare la sua sofferenza. In sostanza, noi operatori ci siamo occupati anche di queste mansioni. Tuttavia, questa situazione ha reso difficile la comunicazione, specialmente nei momenti peggiori, quando il contagio era al massimo e queste figure non potevano entrare nei reparti, rendendo impossibile un'interazione diretta.”

Un'altra intervistata commenta:

“Non ci si parla più come una volta; si mantiene sempre una certa distanza, ma ormai è una condizione che si è accettata, anche per paura, e credo che questa resterà per un po' di tempo.”

Un'intervistata ricorda un momento di confronto:

Prima del Covid-19, ogni lunedì c'era un momento di incontro che durava circa un'ora e mezza. In quel tempo, fisioterapisti, responsabili degli operatori sociosanitari, dirigenti della struttura, psicologi e altre figure si riunivano per discutere e aggiornare il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), affrontando anche le problematiche legate alla struttura. Con l'arrivo del Covid-19, però, quegli incontri sono scomparsi e ci siamo trovati a dover gestire ogni problema giorno per giorno. I momenti di riunione si sono drasticamente ridotti, coinvolgendo solo le figure essenziali come fisioterapisti, educatori e la responsabile, che rappresentava anche gli operatori sociosanitari e gli infermieri. Ora, invece, si stanno riprendendo le riunioni di equipe con tutte le figure professionali coinvolte, e sono ripresi anche i briefing e i colloqui sulle problematiche.”

Un'altra intervistata osserva:

“Il modo di lavorare è cambiato nel senso che, prima, le équipes si incontravano più frequentemente, anche i briefing di reparto. Ora abbiamo ripreso queste attività: i PAI si svolgevano negli ambulatori, i briefing nel cucinino del reparto. Per circa due o tre anni, però, non si sono più fatti, perché non era possibile riunire tante persone all'interno di un nucleo. Durante il Covid-19, non si poteva nemmeno creare assembramenti, nemmeno in sale più ampie, e ogni operatore si occupava della propria parte, trascrivendola nel sistema informatico. Solo in pochi casi si svolgevano riunioni di chiusura. I briefing tra operatori in reparto, anche con le figure infermieristiche, erano limitati; io stessa sono entrata nei reparti solo quando strettamente necessario, per evitare rischi.”

Un'altra intervistata ricorda:

“Prima tutto era più semplice: se un ospite aveva un problema, ci si rivolgeva alla figura competente, che interveniva direttamente visitando il paziente. Durante il Covid-19, invece, questa modalità si è interrotta: si poteva chiedere un consiglio, ma l'intervento diretto spettava a noi operatori, perché le figure professionali esterne erano bloccate fuori dai reparti per motivi di sicurezza. Ora, invece, si è tornati alla normalità: le figure professionali intervengono di nuovo direttamente sugli ospiti, senza che noi operatori dobbiamo agire per loro. Tuttavia, le precauzioni sono ancora al massimo livello, perché si teme di tornare alle restrizioni severe dell'emergenza Covid-19. La pandemia, secondo l'OMS, è finita, e speriamo che questa condizione duri nel tempo.”

Dalle interviste emerge un senso di individualismo diffuso durante la fase Covid-19, con l'eccezione di un'intervista in cui si evidenzia un positivo spirito di aiuto reciproco.

Un'intervistata afferma:

“Con il Covid-19 abbiamo visto come le diverse figure professionali si siano divise per sostenersi a vicenda e aiutare gli operatori in prima linea come noi. Allo stesso tempo, siamo stati un punto di collegamento con i familiari. Certamente, abbiamo limitato incontri e momenti di equipe, e questo ha influito sul gruppo, ma ora stiamo pian piano recuperando.”

Un'altra commenta sul rapporto col tempo:

“Rispetto a due anni fa, la situazione è molto cambiata. All'inizio era una corsa continua contro il Covid-19: tamponi a raffica, isolamento, vestizione e svestizione, tutto concentrato sulla pandemia, che era un nemico invisibile. Ora, invece, da alcuni mesi, questa corsa si è fermata, e possiamo finalmente ‘digerire’ questa situazione.”

Un aspetto ricorrente è che, prima del Covid-19, la condivisione tra le figure professionali era più facile. Questo tema emerge in tutte le interviste, tranne che in quella di uno psicologo, che afferma:

“No, sinceramente non mi sembra che sia cambiato. Durante il Covid-19, forse, è stata l’unica ‘roccia’ sulla quale ci siamo potuti appoggiare: nel senso che, fortunatamente, visto che eravamo nello stesso spazio, abbiamo continuato a mantenere un senso di unità e confronto. Con i colleghi del nostro nucleo, in particolare, non ci sono state grandi divisioni. Anzi, secondo me, le difficoltà del Covid ci hanno anche uniti di più. Se vogliamo vedere i lati positivi, questa situazione ci ha rafforzati come squadra.”

4.3.3 Aspettative e bisogni

- Che aspettative ha sul suo lavoro? Cosa pensa di essere tenuta a fare durante la sua giornata lavorativa rispetto al ruolo che ricopre?

Le aspettative variano tra le diverse figure professionali e le strutture; molti affermano di non nutrire particolari aspettative riguardo al proprio lavoro, poiché ritengono che le attività svolte siano in linea con la realtà operativa. Tuttavia, coloro che dichiarano di avere aspettative le focalizzano principalmente sull’interesse e sul benessere degli ospiti.

Un’assistente sociale intervistata afferma:

«Le mie aspettative riguardo al mio lavoro sono principalmente legate alla relazione con i familiari. Durante la giornata, mi occupo sia della gestione dei nuovi ingressi—dalla preparazione all’accoglienza, come stamattina—sia del monitoraggio nei primi giorni di permanenza di un ospite. Oltre a ciò, c’è tutta la parte relativa agli ospiti già presenti, come la tenuta della documentazione, la gestione delle pratiche, i rapporti con gli amministratori di sostegno e con il medico, fungendo un po’ da ponte tra le diverse figure, sempre nell’interesse dell’ospite.»

Diversamente, l’aspettativa di un’educatrice, che ricopre anche il ruolo di coordinatrice nella stessa struttura, si evolve:

«Quando ero solo educatrice, le mie aspettative—e credo anche quelle degli altri—erano orientate a stimolare gli ospiti dal punto di vista cognitivo e multisensoriale, al fine di favorire il mantenimento delle capacità residue. Quando mi è stato affidato il ruolo di responsabile e coordinatrice del centro diurno, sono arrivate nuove responsabilità e aspettative, tra cui la gestione dei familiari, la cura degli ospiti, l’interfaccia con le altre figure professionali in caso di problematiche, e la gestione delle

emergenze organizzative, come assenze del personale, ferie, o carenze di materiali. Inoltre, ho dovuto occuparmi anche di ristrutturare l'ambiente, per promuovere il più possibile l'autonomia e il benessere degli ospiti.»

Per quanto riguarda questa domanda, le risposte sono state per lo più positive, eccezion fatta per due: una di un'assistente sociale e una di un'operatrice socio-sanitaria (OSS).

Un'assistente sociale dichiara:

«Rispetto al mio ruolo, credo che all'interno di questa struttura il lavoro dell'assistente sociale non venga valorizzato né sfruttato come potrebbe. Non ho molte aspettative che cambino, perché sono troppo anziana e penso che siano le persone al vertice a dover cambiare, non le loro idee. Forse, se fossi più giovane, nutrirei ancora qualche speranza di un cambiamento. A questa età, credo che dovrebbero cambiare i dirigenti, non il loro modo di pensare. Tuttavia, credo si possa fare molto di più, anche se spesso questo spazio viene negato, e le proposte fatte vengono lasciate cadere. Non ho più grandi aspettative di poter influire come vorrei, poiché le decisioni sono prese senza di noi. Ritengo che si potrebbe gestire in modo diverso l'ingresso degli ospiti, incentivando la relazione con le famiglie.»

Un'altra professionista, invece, si esprime così:

«Mi aspettavo molto di più dal mio lavoro. Desideravo offrire un'assistenza di qualità ai miei ospiti, ma sono arrivata in una struttura che mi ha impedito di realizzare questo sogno—anzi, mi ha “tagliato le ali”. Mi aspettavo che, nonostante le difficoltà, i colleghi avessero più cura degli ospiti, anche in situazioni di emergenza o con le restrizioni della pandemia, ma ciò non è avvenuto completamente. Ho visto solo in pochi un reale interesse; molti altri si sono limitati a un'assistenza superficiale. Mi aspettavo anche di avere più tempo da dedicare agli ospiti, ma i ritmi e gli orari impostati non consentivano di farlo; spesso, il poco tempo disponibile non era sufficiente, anche quando gli ospiti avevano bisogno di attenzione in più. Inoltre, avrei desiderato meno pulizie durante la notte, che venivano imposte come carichi di lavoro extra per gli operatori, riducendo il tempo da dedicare all'assistenza. La collaborazione tra colleghi è stata spesso carente, soprattutto durante il Covid-19, con tensioni e incomprensioni che hanno compromesso la qualità dell'assistenza—che già prima del pandemia era migliorabile.»

In conclusione, entrambe le professioniste nutrivano aspettative diverse: una sperava nel riconoscimento e nella valorizzazione del proprio ruolo, l'altra desiderava garantire un'assistenza di qualità e più umana agli ospiti di cui si prendeva cura.

Pensa che le altre figure dell'équipe riconoscano pienamente queste aspettative? O pensa che ne possano avere di diverse?

Dalle interviste svolte emerge che molti professionisti ritengono che gli altri riconoscano le proprie aspettative e, sebbene queste possano variare da una professione all'altra, condividano comunque l'importanza del benessere dell'ospite.

Un'intervistata afferma:

“Credo che, comunque, al centro di tutto, anche per loro, ci sia l'ospite. Al di là di tutto, siamo qui per l'ospite: dobbiamo soddisfare i suoi bisogni e mantenere le sue abilità. E poi, ovviamente, c'è anche l'aspetto della socialità. Non è che poi li mettiamo lì e li lasciamo soli. Facciamo in modo, innanzitutto, che si sentano comunque delle persone.”

Per altri, la coerenza tra aspettative e realtà dipende dalla professione; è più difficile, ad esempio, per gli operatori e gli infermieri comprendere le mansioni di altri professionisti, come gli assistenti sociali, come emerge dai due estratti di intervista riportati di seguito:

“Chi ha un ruolo più operativo in corsia fa più fatica a capire il mio ruolo, proprio a causa delle attività quotidiane. Io, con la psicologa e le educatrici, mi interfaccio continuamente, quindi è chiaro quello che faccio. Tuttavia, col reparto è diverso; pensano che gestisca solo gli ingressi, mentre tutto il resto è un po' nebuloso. Ma credo che sia anche normale così.”

“Alcuni riconoscono il mio ruolo, altri invece lo vedono in modo molto diverso. Per quanto provi a spiegare le mie competenze, è difficile che venga compreso; ad esempio, spesso le figure in reparto si aspettano che svolga altre mansioni. Faticano a capire cosa faccio o a riconoscere il mio ruolo all'interno della struttura. Ritengono che il lavoro si limiti ai reparti, ma io penso che senza il personale di reparto le strutture non potrebbero funzionare: sono la figura prioritaria. Senza di loro, non si va avanti. Ognuno ha il suo

compito, ma spesso è difficile che gli altri riescano a riconoscerlo, e talvolta non si preoccupano nemmeno di capire perché sono molto presi dalla loro quotidianità.”

Tutti gli intervistati elogiano il lavoro svolto dagli operatori in corsia durante la pandemia di Covid-19; tuttavia, emerge anche il tema delle aspettative molto basse da parte di altri professionisti nei confronti degli operatori sociosanitari.

“Le altre figure professionali avevano aspettative molto basse nei confronti dell’operatore sociosanitario, nel senso che non volevano che si intromettesse nelle loro attività. Ad esempio, la fisioterapista voleva aver ragione lei sulla mobilitazione degli ospiti, senza chiedere molto il parere degli operatori. Anche la logopedista voleva avere le sue ragioni, soprattutto in merito alla digestione e alla deglutizione degli ospiti. La psicologa, inoltre, sottovalutava il ruolo degli operatori, perché alcuni di loro non avevano le competenze adeguate per svolgere il proprio lavoro. Per questo motivo, le altre figure professionali preferivano spesso arrangiarsi da sole, senza coinvolgere gli operatori, che purtroppo non sempre lavoravano bene. Di conseguenza, non si fidavano del loro parere né del loro aiuto, ritenendoli incompetenti. In generale, le altre figure professionali avevano aspettative limitate nei confronti degli operatori, vedendoli come responsabili solo di attività di base come l’igiene personale, l’abbigliamento, la somministrazione dei pasti e la mobilitazione. Ritenevano che questi ultimi non dovessero occuparsi di altro, anche se un operatore può svolgere molte più funzioni.”

Per quanto riguarda l’educatrice coordinatrice, emerge un’aspettativa diversa: alcuni reparti si aspettano che svolga più attività per gli ospiti, mentre il centro diurno si aspetterebbe che fosse sempre presente con loro. Tuttavia, tutto ciò non può essere realizzato da una sola figura.

Che aspettative ha sul lavoro dei colleghi e degli altri professionisti?

La maggior parte delle risposte raccolte durante le interviste evidenzia come i professionisti si impegnino al massimo per il benessere degli ospiti, agendo in base alle proprie competenze.

“Proprio considerando il periodo del Covid-19, mi aspetto che si ritorni a una maggiore flessibilità nella gestione delle relazioni, poiché questa crisi ha determinato un irrigidimento sia nelle pratiche professionali sia nelle modalità di interazione. È fondamentale riscoprire l'importanza prioritaria della relazione umana con le persone anziane, che non può essere considerata secondaria rispetto ai bisogni sanitari. Per alcune professioni, questa rinnovata attenzione alla relazione può rappresentare una sfida, anche in termini di controllo sugli ingressi e sulle interazioni. Tuttavia, quando accogliamo una persona, non accogliamo solo l'individuo, ma anche la sua famiglia. Questo aspetto non deve essere dimenticato, anzi, deve essere riaffermato e valorizzato, restituendo spazio ai familiari che, in passato, avevano un ruolo centrale.”

L'educatrice e coordinatrice mette in luce due aspetti fondamentali che si discostano leggermente dagli altri: la comprensione e la comunicazione.

“Mi aspetto innanzitutto comprensione, un atteggiamento non giudicante ma collaborativo. È importante che, in presenza di situazioni problematiche o difficoltà, queste vengano affrontate con sincerità e apertura, anche attraverso critiche costruttive, affinché si possa migliorare il servizio. Alla fine, il nostro obiettivo è il benessere degli ospiti e delle loro famiglie. Inoltre, mi aspetto che tutti i professionisti possiedano competenze adeguate, acquisite in parte attraverso l'università e in parte con l'esperienza quotidiana sul campo, e che dimostrino professionalità.”

“Per quanto riguarda lo psicologo, mi aspetto che, in presenza di problematiche con i familiari, venga svolto un colloquio mirato a comprendere le criticità e a favorire una collaborazione efficace. In particolare oggi, con la riapertura dei reparti, molte famiglie nutrono aspettative più alte rispetto alla realtà, soprattutto riguardo agli indumenti e alle attività garantite. È importante, quindi, che siano organizzati incontri per allineare aspettative e realtà, per quanto possibile.

Per quanto concerne le altre figure professionali, come l'infermiere, mi aspetto una piena collaborazione, anche nella pianificazione di attività e uscite. Ad esempio, se devono preparare una peretta, questa dovrebbe essere anticipata o posticipata rispetto ai momenti di organizzazione delle attività, evitando di programmarla all'ultimo momento, come il giorno dell'uscita o quello di una fase di attività.”

“Per quanto riguarda infine il centro diurno, mi aspetto una collaborazione attiva da parte degli operatori. Poiché non sono presente h24, mi rivolgo principalmente alle comunicazioni mattutine o ai passaggi di turno. In caso di problematiche, auspico che vengano prontamente segnalate, preferibilmente attraverso il protocollo appositamente predisposto, così da poter intervenire tempestivamente.”

Cosa pensa che le altre figure dell'équipe siano tenute a fare durante la loro giornata lavorativa rispetto al ruolo che ricoprono?

Rispetto a questa domanda, ho riscontrato risposte sostanzialmente simili da parte di tutti gli intervistati, i quali sottolineano l'importanza che ciascuno svolga il proprio ruolo nel rispetto del benessere dell'ospite. L'unica risposta più articolata è la seguente:

"Durante la loro giornata lavorativa, mi aspetto innanzitutto che, all'inizio del turno, gli operatori effettuino un giro di controllo nelle stanze per valutare la situazione generale. La logopedista dovrebbe già iniziare al mattino con le colazioni, in modo da poter valutare, ad esempio, il livello di deglutizione delle persone. Anche la psicologa dovrebbe partire già al mattino, effettuando un giro di verifica, chiedendo agli ospiti come si sentono, se hanno dormito bene, se stanno bene, e assicurandosi che dal punto di vista psicofisico siano in condizioni ottimali. Analogamente, anche gli infermieri svolgono un ruolo fondamentale, poiché già al mattino si dedicano alle loro attività quotidiane. Gli operatori, inoltre, si impegnano in questa fase iniziale della giornata.

I fisioterapisti dovrebbero anch'essi cominciare al mattino, dedicandosi in primo luogo alle persone allettate, che spesso vengono trascurate. Sarebbe importante che facessero loro qualche esercizio o ginnastica, poiché anche se sono allettate, hanno comunque bisogno di movimento e di 'scaldare' la circolazione sanguigna. Durante il corso della giornata, i fisioterapisti dovrebbero offrire un approccio fisioterapico sia individuale sia di gruppo, attraverso attività mirate.

Anche gli educatori dovrebbero intensificare le attività di animazione, coinvolgendo anche gli ospiti allettati, anche solo per offrire loro conforto e far sentire loro che non sono dimenticati. Sarebbe utile proporre attività individuali per chi ne ha più bisogno e attività di gruppo finalizzate a favorire la socializzazione degli ospiti. Inoltre, si

potrebbero organizzare diverse attività che stimolino sia dal punto di vista cognitivo che pratico.

Dopo la mattinata, potrebbe essere opportuno dedicare alcune ore, ad esempio prima e dopo la pausa pranzo, a questioni burocratiche, incontri, riunioni e formazione. È importante che il personale dedichi tempo anche alla formazione professionale, in modo da migliorare le proprie competenze. Nel pomeriggio, poi, si potrebbe riprendere l'assistenza diretta agli ospiti che necessitano di supporto, fino a un certo orario, considerando che poi vi sono le attività di preparazione e messa a letto.

Le figure professionali, fatta eccezione per operatori e infermieri, potrebbero anche astenersi da alcune attività burocratiche, concentrandosi maggiormente sull'assistenza e sull'accompagnamento degli ospiti. Questa dovrebbe essere la loro routine: alternare momenti di gestione amministrativa e formazione, con l'attività di monitoraggio costante delle condizioni degli ospiti, verificando che tutti i parametri siano nella norma e che gli assistiti stiano bene. Purtroppo, ho notato che questa costanza di presenza di figure come logopedisti e fisioterapisti non è sempre garantita, e ciò è un dispiacere, poiché le emergenze possono sempre verificarsi e avere a disposizione professionisti disponibili per intervenire tempestivamente è fondamentale.

Che aspettative ha nei confronti delle istituzioni per cui lavora?

Le aspettative nei confronti delle istituzioni sono diverse e spesso caratterizzate da un forte senso di disillusione, come emerge dalle principali criticità riportate di seguito:

Aspettativa di riconoscimento: "Mi aspettavo che ci fosse un maggiore investimento e una più concreta valorizzazione dell'impegno degli operatori, perché, come mi aveva detto tempo fa un responsabile, loro sono gli occhi della struttura. Riconoscere e dare importanza a questa figura è, a mio avviso, la chiave di tutto. È importante anche riconoscere il lavoro svolto dalle altre figure professionali attorno a loro."

Aspettativa di stabilità: "L'auspicio è che, anche se non si torni all'informalità di un tempo, si possa comunque raggiungere una certa stabilità. Attualmente si ha la sensazione che tutto sia molto precario, sempre in bilico tra soluzioni temporanee e

provvisorie. Mi piacerebbe che, a livello statale e delle case di riposo come istituzioni, si assumessero posizioni chiare, definendo modalità e obiettivi condivisi. Questo permetterebbe a tutti, non solo a me, di lavorare in modo più stabile e con maggiore chiarezza, sapendo quali sono gli obiettivi e gli strumenti a disposizione. Al momento, invece, permane molta incertezza."

Aspettativa di ridurre il lavoro in emergenza: "Desidererei ritmi di lavoro più lenti, meno legati alla gestione delle emergenze. Tuttavia, non posso ancora dire se questa difficoltà sia dovuta a problemi organizzativi o se sia una caratteristica comune ad altre strutture. È certo che, soprattutto nel settore assistenziale, siamo spesso in pochi e il carico di lavoro continua ad aumentare, anche a causa delle conseguenze della pandemia di COVID-19. La gestione delle richieste esterne e le modalità di intervento contribuiscono a rendere tutto più complicato."

Aspettativa di maggiore umanità: "Vorrei più umanità. Sarebbe sufficiente questo. Attualmente, né io né altri colleghi percepiamo attenzione reale da parte delle istituzioni. Chi lavora nelle strutture, in particolare operatori e infermieri, spesso non viene ascoltato. Le istituzioni dovrebbero interfacciarsi di più con le strutture, visitarle sul campo per capire come si lavora, come si sentono gli ospiti, come vengono trattati, se sono curati e accolti con dignità. Purtroppo, molte strutture sono gestite con superficialità, concentrandosi solo sui documenti e sui budget, mentre si dovrebbe investire di più nel benessere delle persone e nel miglioramento delle strutture. Per esempio, l'installazione di sollevatori a muro potrebbe facilitare il lavoro degli operatori e migliorare il comfort degli ospiti."

Aspettativa di uguaglianza: "Mi aspettavo che, quando i familiari si presentano con richieste più che con semplici richieste, ci fosse un punto di vista condiviso e uniforme. Invece, si riscontrano differenze di trattamento e risposte disomogenee. Come educatori, abbiamo a disposizione strumenti come il tablet per comunicare con i familiari, ma dobbiamo anche mantenere una certa discrezione, senza far scoprire le preferenze o le risposte differenziate. Questa aspettativa di uniformità è stata disattesa, anche se comprendo le ragioni dietro certe scelte."

Aspettativa di attenzione verso il personale: "Ritengo che manchi ancora un'attenzione adeguata al personale. L'ente dovrebbe valorizzare di più il lavoro di chi opera nelle strutture, perché sono loro a conferire valore e qualità all'intera organizzazione. La reputazione di una struttura si basa sulla professionalità e l'impegno del suo personale; senza di essi, anche le migliori risorse e risposte rischiano di perdere efficacia."

Un'altra intervistata ha espresso alcune considerazioni di carattere più generale sulle istituzioni: "Da tanti anni lavoro nel settore e ricordo un tempo in cui l'attenzione e le risorse dedicate al sociale erano maggiori. Oggi, purtroppo, questa attenzione si è drasticamente ridotta. Auspicherei un maggiore impegno delle istituzioni verso questo settore, che spesso viene relegato in secondo piano. La realtà è che il sistema sociale produce principalmente bisogni e richieste di risorse, lasciando le famiglie sempre più sole, con pochi servizi territoriali e scarsa formazione per la popolazione. Questo impoverisce ulteriormente la gestione sociale e diminuisce la qualità dei servizi offerti."

Che bisogni ritiene di avere nello svolgimento del suo lavoro? In termini sia strutturali, gestionali, organizzativi della struttura ma anche di competenze acquisite o da acquisire.

Un aspetto comune ai bisogni di quasi tutte le persone intervistate è la necessità di un incremento di formazione e corsi di aggiornamento, differenziati in base alla professione. Dalle interviste emerge infatti che, in molti contesti, la formazione degli operatori non viene effettuata in modo adeguato, anche a causa della carenza di personale. Quando la formazione è obbligatoria, essa viene spesso realizzata sacrificando i riposi degli operatori.

Ad esempio, un operatrice socio-sanitario (OSS) afferma:

«Avrei bisogno di acquisire più competenze, quelle più utili e necessarie. Sarebbe utile poter partecipare a più corsi di aggiornamento, specifici per l'assistenza alla persona e, in particolare, per l'assistenza a soggetti con varie patologie, come ad esempio la demenza o altre malattie che si possono riscontrare negli anziani. Per il resto, si può sempre imparare attraverso i casi che si presentano e grazie all'interazione con le altre figure professionali.»

Un'assistente sociale dichiara:

«Mi piacerebbe approfondire, anche a livello personale più che professionale, l'aspetto relazionale del sostegno ai caregiver che arrivano in struttura. Quando una persona si rivolge a una casa di riposo, spesso lo fa già provata, e mi piacerebbe avere strumenti in più per accogliere e gestire queste situazioni. Secondo te, chi dovrebbe fornire questa formazione? Sarebbero necessari dei corsi? Personalmente ho sempre pensato di voler fare una formazione extra per sviluppare le competenze necessarie a migliorare come professionista. Naturalmente, in questo ambiente, potrebbe anche esserci una proposta formativa da parte del mio ente, ad esempio corsi sulla gestione dello stress, dell'ansia o dei vissuti dei caregiver nel momento in cui si rivolgono alla struttura.»

L'educatrice e coordinatrice riferisce:

«Avrei bisogno di formazione sul ruolo di coordinamento, ma anche su quello di educatrice. Se dovessi scegliere, preferirei essere sempre un'educatrice piuttosto che un coordinatore. Sebbene questa sia la mia mansione attuale, sento di avere una predilezione per l'aspetto educativo piuttosto che per quello gestionale. Tuttavia, riconosco che occuparsi di coordinamento è importante, e mi sento ancora un po' carente in questo ruolo, così come in quello di educatrice.»

Anche un'operatrice del centro diurno riferisce di aver bisogno di formazione:

«Per quanto riguarda le attività con gli ospiti, è importante che non venga semplicemente detto cosa fare, ma anche come farlo nel modo migliore, affinché si ottengano i risultati desiderati.»

Altri professionisti intervistati ritengono di aver acquisito sufficiente esperienza nel loro lavoro, ma riconoscono comunque l'importanza di restare aggiornati e di continuare a formarsi.

Per quanto concerne altri bisogni, si evidenziano le necessità strutturali, viste da due prospettive differenti: quella di un assistente sociale e quella di un'operatrice.

L'assistente sociale afferma:

«Nel mio lavoro, i bisogni più evidenti riguardano gli spazi dedicati e la strumentazione. Sarebbe auspicabile disporre di un ambiente più riservato, con un setting più individualizzato, anche perché spesso abbiamo a che fare con famiglie numerose che richiedono più spazio per i colloqui.»

Un'operatrice della stessa struttura invece commenta:

«È necessario intervenire con manutenzione strutturale per evitare guasti elettrici, rischi di incendio e pericolosità per gli ospiti. Inoltre, sarebbe importante modernizzare le attrezzature obsolete, come i sollevatori a muro, che faciliterebbero molto il lavoro degli operatori, e sostituire le apparecchiature guaste, che si rompono frequentemente. Questo migliorerebbe la sicurezza e ridurrebbe la fatica del personale.»

Questa stessa operatrice evidenzia anche bisogni organizzativi:

«Sarebbe utile disporre di più strumenti pratici a disposizione degli operatori, come materiale per l'igiene sempre disponibile. Attualmente, spesso ci troviamo a dover usare una taglia di pannolone in meno o in più, perché non abbiamo quella adatta all'ospite, o a dover improvvisare. Anche i detergenti dovrebbero essere sempre a portata di mano.»

Un'altra operatrice sottolinea la necessità di maggiori soddisfazioni professionali e di non operare sempre in condizioni di carenza:

«Credo che gli operatori abbiano bisogno di più soddisfazioni nel loro lavoro. Ognuno di noi conosce bene il proprio ruolo e dovrebbe poterlo svolgere con consapevolezza e passione.»

Un bisogno particolarmente evidente riguarda la carenza di personale e di operatori.

Un'operatrice del centro diurno afferma:

«Forse avremmo bisogno di più operatori, soprattutto per far fronte a malattie, ferie o altri imprevisti. Questa carenza non riguarda solo questa struttura, ma è un problema diffuso in molte realtà. Attualmente, per esempio, ho lavorato per dodici giorni consecutivi con turni di dodici ore, coprendo ferie e malattie.»

C'è anche carenza di professionisti qualificati, come sottolinea l'educatrice coordinatrice:

«Mi piacerebbe avere più personale che possa aiutarmi, soprattutto durante le attività nei reparti e nel centro diurno. Sarebbe utile poter delegare alcune mansioni, come rispondere al telefono o gestire i familiari, per poter seguire meglio gli ospiti e i loro familiari fin dall'ingresso, attraverso incontri regolari e telefonate di aggiornamento. Tuttavia, al momento, non è possibile a causa delle ristrettezze di personale e delle risorse limitate, aggravate dai tagli alla sanità e alle finanze pubbliche.»

Un altro aspetto molto importante, evidenziato da un'intervistata, riguarda le difficoltà di comunicazione e di relazione con le altre figure professionali: «Spesso ci sono problemi di comunicazione con gli altri professionisti, perché è complicato farsi capire. Inoltre, gran parte del lavoro si basa sulla scoperta di ciò che fanno gli altri, dato che ognuno ha il proprio modo di operare. La mancanza di un linguaggio condiviso e di una comprensione reciproca, spesso accentuata dalle differenze di età, cultura, abitudini e ideali, rende complesso collaborare efficacemente. È evidente che chi ama il proprio lavoro lo fa in modo diverso rispetto a chi lo fa solo per sopravvivere. Quindi, spesso si percepisce che si ha più confidenza con colleghi con i quali si condividono valori e modalità di lavoro, rispetto a quelli con formazione simile ma più distanti.»

Questi bisogni sono tutti soddisfatti pienamente nella struttura in cui lavora? O qualcuno di essi richiederebbe un qualche tipo di intervento per poter trovare risposta? Che cosa si potrebbe fare per intervenire in questa direzione.

Dall'analisi delle interviste emerge che i bisogni espressi non sono attualmente soddisfatti nelle strutture delle persone intervistate. In particolare, il bisogno di formazione può essere affrontato attraverso l'organizzazione di corsi mirati e l'incremento del personale dedicato, al fine di coprire adeguatamente gli operatori in formazione. Questa soluzione potrebbe migliorare le competenze del personale e rispondere alle esigenze emerse. Per rispondere a tali bisogni, si registra una richiesta comune: un aumento delle risorse disponibili.

Un'intervistata afferma:

“Molti interventi, molti. Basterebbe che usassero quei soldi per cose che realmente sono necessarie al benessere degli ospiti e anche degli operatori che vi lavorano; non solo per gli ospiti, ma anche per il personale, ovviamente. Per esempio, attrezzature adeguate e

sufficienti, come sollevatori a muro e tavolini servitori, per far mangiare gli ospiti che, per necessità, devono restare in stanza.”

Per rispondere ai bisogni emersi, è fondamentale che anche lo Stato e il Governo intervengano, come sottolinea un'altra intervistata:

“Il Governo dovrebbe offrire più risorse a tutte le strutture, affinché ci siano più fondi per realizzare questi piccoli e grandi ammodernamenti.”

Un'altra soluzione, in questo senso, viene dall'intervento di un'assistente sociale che afferma:

“Se si arrivasse al punto in cui nelle varie istituzioni ci fossero figure, o almeno una figura all'interno dello Stato, incaricate di decidere ‘ok, spendiamo le nostre risorse per migliorare il sistema sanitario in Italia’, sarebbe un passo importante. Sarebbe sufficiente che qualcuno desse il via libera, anche con i fondi, perché quelli attuali sono insufficienti. Questa figura, o queste figure, dovrebbero promuovere la modernizzazione di tutte le strutture socio-sanitarie, non solo delle case di riposo, ma anche di centri per disabili, centri per minori e altri servizi dedicati alle persone più vulnerabili. L'obiettivo non è solo soddisfare i bisogni delle persone assistite, ma anche rispettarne la dignità e garantire un'assistenza di alta qualità, anche per chi ha risorse economiche limitate. È fondamentale creare strutture che rispondano ai loro bisogni e offrano un'assistenza adeguata alle loro fragilità.”

Che bisogni ritiene che gli altri professionisti abbiano nello svolgimento del loro lavoro? In termini sia strutturali/gestionali/organizzativi della struttura, ma anche in termini di competenze acquisite o da acquisire. Pensa che questi bisogni siano tutti soddisfatti pienamente nella struttura in cui lavorano? O qualcuno di essi richiederebbe un qualche tipo di intervento per poter trovare risposta? Che cosa si potrebbe fare per intervenire in questa direzione.

Alcuni intervistati sono rimasti sorpresi da questa domanda, poiché non avevano mai riflettuto sui bisogni degli altri professionisti. Tuttavia, le risposte principali si sono incentrate sulla necessità di formazione e aggiornamento continuo. La maggior parte delle persone intervistate concorda che il bisogno prioritario degli altri professionisti sia

rappresentato dalla formazione, intesa come un costante aggiornamento delle competenze.

Un'assistente sociale intervistata afferma:

"Anche loro hanno bisogno di continuare a sviluppare le proprie competenze attraverso corsi di formazione, convegni, magari organizzati da università, enti o altre istituzioni che offrono programmi del genere. È fondamentale che ci sia una formazione costante; non si tratta di frequentare corsi ogni settimana, ma di partecipare almeno una volta al mese a corsi di approfondimento interessanti. È noto, infatti, che anche nel settore sanitario ci sono continui progressi e scoperte, quindi è essenziale aggiornarsi sulle novità che possono apportare benefici agli ospiti. Sarebbe ideale che questi corsi fossero finanziati dalla stessa struttura di lavoro, in modo che gli operatori non siano costretti a sostenere personalmente i costi elevati. La struttura dovrebbe coprire anche eventuali trasferte, anche all'estero, se necessario, per seguire corsi internazionali o europei, per mantenere l'Italia al passo con gli sviluppi scientifici e medici a livello globale."

Un'altra intervistata sottolinea:

"Credo che ci sia un forte bisogno di formazione tra tutti i professionisti, anche in risposta alle nuove esigenze che sono emerse nel tempo. È cambiato molto il modo di lavorare, spesso in modo diverso da un professionista all'altro. Per questo motivo, la formazione e le direttive precise diventano fondamentali. Al momento, il bisogno principale è quello di ricevere formazione adeguata e di linee guida chiare e dettagliate."

Un altro aspetto che emerge riguarda la richiesta di nuovi ausili e strumenti per i professionisti. Un'altra assistente sociale afferma:

"Il fabbisogno varia a seconda della professione. Per esempio, i fisioterapisti necessiterebbero di ausili, strumenti che l'ULSS ha smesso di fornire, rendendo difficile il supporto pratico come avveniva in passato. I psicologi potrebbero aver bisogno di un'ulteriore figura di supporto, dato che sono spesso sotto pressione, così come gli educatori, che soffrono di carenze di risorse umane e pratiche. È fondamentale che la struttura si prenda cura di chi lavora, garantendo risorse adeguate per il loro operato. Questi bisogni sono strettamente collegati al benessere degli operatori e alla qualità dell'assistenza fornita."

Un interessante spunto sui bisogni degli altri professionisti, in particolare degli Operatori Socio-Sanitari (OSS), riguarda la carenza di materiali:

"Per quanto riguarda gli educatori, sarebbe utile disporre di più materiali per allestire attività coinvolgenti per gli ospiti. Lo stesso vale per logopedisti e psicologi, che necessitano di test diagnostici, alcuni dei quali sono costosi ma fondamentali per identificare patologie e disturbi. Inoltre, potrebbero essere utili materiali specifici per le attività, come stanze allestite con musica, colori e aromi, utilizzate per favorire il relax e il benessere degli ospiti. Tuttavia l'allestimento di questi spazi comporta dei costi, quindi è fondamentale che siano ben finanziati per garantire cose buone.

Queste carenze influenzano il livello di aiuto e richiedono una programmazione precisa e un buon lavoro di squadra tra gli esperti per sfruttare al meglio ciò che è disponibile.

L'intervista di un'educatrice mette in evidenza l'importanza di rispettare le pause e i riposi ed ascoltare le esigenze degli operatori. Ella afferma:

"Il tempo di riposo è sacro. Osservo che si tende sempre più a richiedere turni spezzati, salti di riposi e ferie non concesse, con promesse di sostituzioni che spesso non si concretizzano. Il riposo permette di staccare la mente, di recuperare energie, ed è fondamentale sia per la vita privata sia per tornare al lavoro con nuovi stimoli e idee. Se si porta il lavoro a casa o si continua a pensarci, si rischia di compromettere il benessere personale e la qualità del servizio. La struttura dovrebbe invece rispettare e valorizzare questi momenti di pausa, investendo anche in miglioramenti strutturali che rendano l'ambiente più confortevole."

Inoltre, è importante che le richieste di miglioramento strutturale fatte dagli operatori siano prese seriamente e attuate:

"Le richieste di miglorie devono essere considerate e realizzate, perché altrimenti rischiano di restare vane. È fondamentale investire su ciò che gli operatori propongono, coinvolgendoli nel processo decisionale e nelle realizzazioni."

Un'altra problematica evidenziata riguarda il turnover e il rischio di burnout tra gli operatori. Un intervistato sostiene:

"Gli operatori dovrebbero cambiare reparto periodicamente, senza dover aspettare che siano loro a chiedere il trasferimento. Sarebbe utile stabilire una regola fissa, ad esempio ogni quattro anni, per il cambio di reparto. Questo permetterebbe di mantenere il personale più motivato, meno soggetto a burnout e più efficiente, evitando che l'esperienza in un solo reparto diventi un limite."

Una psicologa commenta:

"Il cambio di reparto può avere aspetti positivi e negativi. Da un lato, può favorire la crescita professionale e contrastare la monotonia; dall'altro, può generare stress e fatica mentale, perché ogni reparto ha una propria cultura, un clima diverso e modalità operative differenti. Tuttavia, girare tra reparti può essere una risorsa, consentendo di affrontare nuove sfide e di non fossilizzarsi in ambienti troppo specifici. È importante valutare bene questa strategia, considerando le esigenze individuali e il benessere dei professionisti."

Infine, per soddisfare questi bisogni, sono necessarie risorse di personale ed economiche che attualmente mancano. La mancanza di fondi e di personale adeguato rappresenta un ostacolo significativo al miglioramento delle condizioni di lavoro e alla qualità dell'assistenza.

Sono cambiati i bisogni e le aspettative prima e dopo il Covid-19? Se sì, in che modo?

La maggior parte degli intervistati afferma che i bisogni e le aspettative sono cambiati prima, durante e dopo il Covid-19. In merito, l'assistente sociale ha commentato:

«Prima, non pensavi assolutamente che potessero verificarsi situazioni di questo tipo, quindi sicuramente avevi una sicurezza nel tuo lavoro di un certo tipo. Le cose sono cambiate, e bisogna quindi rispettare quella che è la propria operatività, che credevi fosse quella corretta e compresa. In realtà, non è così: è necessario rimettere in discussione le proprie modalità e riprendere in mano le proprie responsabilità. Prima del Covid-19, le priorità erano di un certo genere; ora, invece, sono diverse. In passato, si poteva anche pensare di ridefinire il proprio ruolo in alcune aree; con il Covid-19, invece, il ruolo si è ridefinito per molti, riprendendo alcune peculiarità, ma sono emerse nuove esigenze. Se prima del Covid-19 c'era il desiderio di riconoscere il ruolo

dell'assistente sociale, ora, pur essendo riconosciuto, questo ruolo deve essere anche valorizzato e aggiornato. Questo, soprattutto all'interno di strutture dove le esigenze sono rimaste sostanzialmente le stesse, ma sono diventate più formali e di maggior portata.»

Un'altra assistente sociale intervistata afferma:

“I bisogni e le aspettative sono cambiati non solo rispetto al periodo pre-Covid-19, ma anche rispetto a quando ho iniziato a lavorare. La struttura stessa si è evoluta, sia in termini di tipologia di ospiti sia di risposte che si riescono a offrire. È cambiato anche con l'arrivo del Covid-19, poiché le strutture stanno diventando sempre più una sorta di lungodegenza dell'ospedale. Di conseguenza, anche i bisogni di chi entra e di chi assiste sono mutati; anche le aspettative riguardo alle risorse e alle strumentazioni sono cambiate”

Un'altra intervistata ha sottolineato che, a suo parere, i bisogni sono cambiati anche in seguito al Covid-19, che ha fatto riflettere sull'importanza di salvaguardare e vivere giorno per giorno gli affetti personali. Ha affermato:

«Probabilmente, molte persone che si dedicano a questa attività oggi, prima di tutto, guardano alla propria famiglia, perché questa pandemia ci ha portato a perdere alcune persone care.»

Diverse figure professionali hanno manifestato il desiderio di tornare alla normalità, tra cui il desiderio di non dover più indossare la mascherina, che, prima, non era affatto presente.

Oltre ai bisogni e alle aspettative dei professionisti, anche quelli dei familiari sono mutati. Si percepisce il desiderio di ripristinare quella quotidianità che, almeno in parte, ancora manca all'interno delle strutture per i loro cari.

Vorrei condividere una riflessione di una psicologa, che ritengo particolarmente significativa:

«Non ha senso pensare di tornare alle condizioni pre-Covid-19, perché questa è stata un'esperienza traumatica per molte persone e situazioni. I traumi devono essere elaborati e integrati nella nostra quotidianità; per certi aspetti, continueranno a essere parte del nostro racconto. Spero che si possa tornare a una realtà in cui si ricordi questa esperienza come un'occasione di valorizzazione di alcune cose. Alcune modalità, anche se in alcuni reparti può sembrare ancora sensato, sono legate a contesti ospedalieri: stare in ospedale per settimane o mesi, poi tornare a casa, può essere diverso rispetto a vivere in una struttura dove, in un certo senso, diventiamo parte della loro famiglia. In particolare, con persone affette da demenza o con deficit sensoriali importanti, l'uso della mascherina rappresenta un limite alla comunicazione, perché mancano i segnali non verbali fondamentali. Spero che si prosegua non pensando di tornare al passato, anche perché, in realtà, anche prima non si tornava indietro: le cose devono andare avanti, integrando questa esperienza senza perdere di vista l'importanza di alcune pratiche fondamentali, come la relazione con i familiari. È importante che i familiari possano entrare più liberamente nei reparti, perché il reparto dovrebbe essere una seconda casa per loro. Non dobbiamo temere questo, né considerare i legami familiari come qualcosa di estraneo. Il tempo dedicato ai familiari e ai loro legami è prezioso, e un intervento di accompagnamento, anche di lunga durata, rappresenta un aspetto fondamentale del nostro lavoro. Ecco perché credo sia nostra responsabilità tutelare i legami familiari e garantire che i momenti di incontro siano il più possibile liberi e naturali.»

Un'altra operatrice, invece, si discosta leggermente affermando che, sebbene il Covid-19 abbia effettivamente modificato molte cose, i bisogni fondamentali rimangono invariati:

«Il Covid-19 ha cambiato molte cose, anche perché molte risorse materiali sono state impiegate per fronteggiare l'emergenza. Sono stati investiti molti soldi per evitare il contagio, fornendo materiali e strutture necessarie, anche se questo ha comportato una riduzione di risorse disponibili per altri aspetti. Tuttavia, i bisogni delle case di riposo sono sempre gli stessi: bisogna soddisfare le necessità degli anziani e rispondere alle loro richieste. Per quanto riguarda le figure professionali, il principale bisogno riguarda il carico di lavoro, che è diventato eccessivamente gravoso. Con il Covid-19, si è evidenziato come questo problema si sia accentuato, e anche successivamente si avverte

ancora di più. È fondamentale che il carico di lavoro venga distribuito in modo più equilibrato, con meno responsabilità individuali, per garantire un'assistenza efficiente, efficace e sostenibile sia dal punto di vista fisico che psicologico. Durante la pandemia, la mancanza di personale sostitutivo ha evidenziato questa problematica. Inoltre, i bisogni di base, come maggiori diritti, tutele e riconoscimenti, sono rimasti invariati: per esempio, durante il Covid, molte persone hanno svolto straordinari senza un adeguato riconoscimento economico, e questa situazione si è protratta anche dopo. Questa mancanza di incentivi e riconoscimenti ha fatto sentire molto il peso di questa situazione. Inoltre, si è rafforzata la necessità di materiali protettivi di qualità: tute, visiere e altri dispositivi sono stati spesso insufficienti o di scarsa qualità, rendendo difficile la protezione sia degli operatori che degli ospiti.»

Conclusioni

L'obiettivo generale del mio lavoro è stato di natura esplorativa, ossia volto a conoscere quali sono stati le esperienze e i vissuti professionali delle figure che hanno lavorato nelle RSA durante la pandemia, anche in un confronto con un prima e un dopo, indagando inoltre le dinamiche esistenti tra i professionisti.

Ho condotto interviste semi-strutturate seguendo una scaletta di domande predefinite, ma lasciando ai partecipanti la libertà di rispondere in modo aperto e di aggiungere eventuali considerazioni personali relative alle questioni poste. Ho attribuito particolare importanza anche all'aspetto del silenzio, ritenendolo un elemento importante da rispettare, soprattutto considerando la tematica trattata e il periodo difficile che si è attraversato. Le aree principali affrontate durante l'intervista sono state tre: presentazione, Covid-19 e aspettative e bisogni.

Le domande principali che ho posto agli intervistati per indagare le dinamiche in equipe, rivolgendomi a professionisti con ruoli diversi, sono state orientate ad esplorare i vari aspetti delle loro esperienze e percezioni. Esse sono:

- È cambiato il modo di interfacciarsi con le altre figure dell'équipe con in Covid? In che modo? Mi spieghi come si interfacciava prima, durante e dopo il Covid-19 con le

altre figure dell'équipe.

- Che aspettative ha sul lavoro dei colleghi e degli altri professionisti? Cosa pensa che le altre figure dell'équipe siano tenute a fare durante la loro giornata lavorativa rispetto al ruolo che ricoprono? Che bisogni ritiene che gli altri professionisti abbiano nello svolgimento del loro lavoro?

- Sono cambiati i bisogni e le aspettative prima e dopo il Covid? Se sì, in che modo?

Facendo riferimento alla letteratura sul tema mi aspettavo che sarebbero potuti emergere i seguenti risultati:

- Limitazioni sui test e dispositivi di protezione, quindi carenza di forniture e, quando presenti, a volte non adeguate.

- Personale preoccupato per la propria salute e per quella dei residenti.

- Eccessivo carico di lavoro e burnout, quindi l'aumento dei carichi di lavoro, unito a carenze di personale e alla pressione emotiva di prendersi cura di residenti in difficoltà, ha contribuito a un significativo esaurimento tra il personale.

- Importanza della comunicazione e del lavoro di squadra: fondamentale sono il lavoro di squadra e la comunicazione specialmente nel tempo del Covid, ma non solo.

Alla luce di quanto emerso dall'analisi delle interviste è possibile affermare che il modo di interfacciarsi con le figure è cambiato, poiché, a causa delle restrizioni per evitare gli assembramenti, ognuno doveva svolgere il proprio lavoro in autonomia e gli incontri face-to-face erano limitati o impossibili.

Queste sono le aspettative principali per quanto riguarda il ruolo svolto dai propri colleghi e da altri professionisti; lavorare in modo competente e responsabile per garantire il benessere degli ospiti. Allo stesso tempo, la stragrande maggioranza delle persone intervistate desidera acquisire sempre più nuove competenze e formazione continua. Tuttavia, vi sono gravi vincoli a ciò che è possibile senza un maggior supporto dal datore di lavoro. Ad esempio, molte persone hanno menzionato carenze di personale e materiali durante la pandemia, che influenzano naturalmente la qualità dell'assistenza. I nostri risultati evidenziano anche un desiderio diffuso di tornare alla normalità; la possibilità di abbassare la guardia e di comportarsi come una volta, cioè di non indossare le mascherine e socializzare liberamente.

Tuttavia, come detto dalla psicologa intervistata, la visione di questo processo potrebbe essere leggermente diversa: il Covid-19 rappresenta un evento traumatico per molte persone ed è importante ricordare che tale trauma richiede tempo – anni, non mesi – per essere completamente elaborato e integrato nella nostra vita quotidiana e nella nostra comprensione.

Tornare alla normalità, quindi, non significa dimenticare o ignorare tale esperienza: significa piuttosto imparare a coesistere con essa e renderla parte del nostro ufficio personale e sociale. Anche in questo caso, quindi, si trovano nuovi significati nella loro ferita per andare avanti, ma questa volta con la consapevolezza e l'attenzione per ciò che hanno provato. Il nostro dovere è quello di tornare alla vita arricchiti da questa esperienza, affrontando il futuro con una maggiore consapevolezza e maturità.

Inoltre, prima di iniziare questa indagine pensavo che dalle interviste sarebbero potuti emergere pregiudizi e/o degli stereotipi, poi smentiti con l'esperienza vissuta con il Covid-19.

Le interviste evidenziano come pregiudizi e stereotipi influenzano ancora la percezione del lavoro degli assistenti sociali. Spesso, questo mestiere viene considerato di scarso valore, associato a un'attività troppo burocratica e svolta principalmente in ufficio

Tale visione limitata rischia di sottovalutare il ruolo essenziale degli assistenti sociali nel supporto alle persone e alle comunità, contribuendo a un'una rappresentazione distorsiva delle loro competenze e del loro contributo.

Pertanto, più in generale, la percezione sopra richiamata riguardo al significato e al valore delle loro relazioni può avere ripercussioni anche in merito al processo di ingresso o di conduzione all'interno di strutture residenziali, per le quali la figura degli assistenti sociali è collegata ma non sempre riconosciuta. In questo senso, una maggiore consapevolezza dovrebbe essere promossa sull'impatto del lavoro degli assistenti sociali sull'individuo, nel senso che la loro presenza e professionalità accompagnano le persone verso modelli di integrazione e sviluppo per il loro benessere sia all'interno della struttura che del gruppo sociale di appartenenza.

Invece, nonostante la dispersione della pandemia da Covid-19, a detta percezione sembra non essere affatto cambiata.

.Il lavoro delle assistenti sociali nelle strutture per anziani ha visto importanti cambiamenti a causa di limiti, protocolli di sicurezza e nuove tecniche di leadership presentate dalla crisi sanitaria. Riformulare Nonostante ciò, spesso questi cambiamenti passano inosservati o sottovalutati dalla popolazione generale, che di solito si attengono ai cliché e alle opinioni pre-formate. È fondamentale persistere nel potenziare le conoscenze pubbliche sul significato degli assistenti sociali e sul valore dei loro sforzi, in particolare durante periodi difficili come quelli causati da una pandemia.

Ora vorrei condividere alcune riflessioni sulle percezioni e sulle esperienze del personale delle case di cura durante la pandemia di Covid-19, in base allo studio di Elizabeth M. White e Team (2021). Nonostante le mie aspettative, la pandemia non ha notevolmente alterato l'opinione che gli esperti detengono degli altri membri dell'equipe.

Piuttosto, per quanto riguarda il lavoro dell'assistente sociale, il tema della giustizia sociale è stato accentuato, mentre aspetti come la consulenza per il sostegno, l'empowerment e il rispetto sono stati meno evidenziati, che sono elementi fondamentali per promuovere un ambiente di lavoro equo e rispettoso.

I risultati del sondaggio confermano le previsioni, sottolineando una situazione molto complessa e tesa, che ha peggiorato il burnout e le partenze del personale in un settore già a rischio. Gli intervistati hanno anticipato che gli esperti si sarebbero dedicati pienamente, considerando il benessere degli ospiti e che la pandemia avrebbe reso la comunicazione impegnativa, anche a causa del carico di lavoro più elevato.

Tuttavia, gli intervistati hanno sottolineato diversi requisiti, come la necessità di una formazione più completa, insieme alla crescita del personale. Questo aspetto indica che, di fronte alle sfide emergenti, il personale ha ritenuto l'urgenza di migliorare le capacità professionali per affrontare meglio le difficoltà, piuttosto che concentrarsi esclusivamente sulla riduzione del personale o della comunicazione.

Nella pandemia, sono sorte nuove priorità e difficoltà che hanno superato le prime previsioni, sottolineando la complessità delle interazioni in contesti di assistenza e il significato di affrontare sia i requisiti fisici che i problemi di equità e crescita della carriera.

Un punto chiave a cui pensare è il modello del lavoro di rete, trascurato molti dei quadri durante Covid-19 a causa di aree insufficienti per includere tutti, ma ora stiamo tornando indietro in questo percorso.

Limiti

La conclusione del mio lavoro di tesi mostra la comprensione che, anche se ha esplorato a fondo l'argomento, ci sono sempre più percorsi e potenziali scoperte per migliorare le indagini. Tra i potenziali percorsi di crescita, considero importante includere professionisti di ruoli diversi, come infermieri e fisioterapisti, per raggiungere una comprensione più piena e interdisciplinare della tematica trattata. Inoltre, sarebbe interessante esplorare altri contesti, magari ampliando il campo di indagine oltre l'ambito inizialmente considerato. Un ulteriore passo potrebbe essere la ripetizione delle interviste, ora che è passato più tempo dalla fase acuta del Covid-19, per adottare un approccio anche longitudinale e osservare eventuali evoluzioni nel tempo.

Ringraziamenti

Alla conclusione di questo mio percorso di laurea volevo ringraziare relatrice e co-relatrice per la pazienza e la comprensione il mio compagno, la mia famiglia, e tutte le colleghe di lavoro che nonostante la stanchezza mi hanno sempre spronato a continuare e a concludere questo percorso

Bibliografia e Sitografia

Allegri E. (2015), Il Servizio sociale di comunità, Carocci, Roma.

Aronson E. Wilson T.D. Akert R.M. trad edizione italiana a cura di Paola Villano, Psicologia sociale, Il Mulino, Bologna 2006

Berti F. (Aprile 2022) Dall'ospizio alla casa di riposo. Breve storia di un sistema concentrazionario. Disponibile al link <https://www.federicoberti.it/storia-rsa/> (consultato il 24 settembre 2023)

Butler J. (2004), Precarious Life: The Power of Mourning and Violence, Verso, London-New York.

Campanini A. M. (2015), Servizio sociale e policy practice, in Bassi A., Moro G., a cura di, Politiche sociali innovative e diritti di cittadinanza, FrancoAngeli, Milano.

Castel R. (2011), L'insicurezza sociale. Che significa essere protetti?, Einaudi, Torino.

Caza, B.B. and Creary , S.J. (2016) "The construction of professional identity",

Cisl Breve storia delle RSA disponibile al link

<https://www.cislpiemonte.it/pensionati-fnp/newsletter/breve-storia-delle-rsa/> (consultato il 17 gennaio 2024)

Costume e società: | La storia della più antica casa di riposo d'Europa a Siviglia
Disponibile al link

[:https://www.lacasadiriposo.it/n/el-hospital-de-los-viejos-la-storia-della-piu-antica-casa-di-riposo-deuropa-a-siviglia/654](https://www.lacasadiriposo.it/n/el-hospital-de-los-viejos-la-storia-della-piu-antica-casa-di-riposo-deuropa-a-siviglia/654) (consultato il 23/09/2023)

Dal Pra Ponticelli M. Quali prospettive per il servizio sociale degli anni 2000? Riflessioni e ipotesi di fronte alla legge quadro di riforma dell'Assistenza in Rassegna del servizio sociale n. 4 2000

Gioi O. e Pastore B., a cura di (2018), Vulnerabilità. Analisi multidisciplinare di un concetto, Carocci, Roma.

Guidi P. Kroll C, Mordegli S. e Scaramuzzino R. (2020) Gli assistenti sociali in Italia

Uno sguardo sulla professione che cambia Report della ricerca sulle opinioni degli assistenti sociali italiani.

Gutierrez A. Our response to COVID-19 must respect the rights and dignity of older people
Disponibile al link

<https://www.un.org/en/coronavirus/our-response-covid-19-must-respect-rights-and-dignity-older-people> (consultato il 9 marzo 2025)

Hollomotz A. (2009), “Beyond ‘Vulnerability’: An Ecological Model Approach to Conceptualizing Risk of Sexual Violence against People with Learning Difficulties”, British Journal of Social Work, 39: 99-112.

Istat Impatto dell’epidemia Covid-19 sul sistema ospedaliero italiano Disponibile al link:
<https://www.istat.it/comunicato-stampa/impatto-dellepidemia-covid-19-sul-sistema-ospedaliero-italiano-anno-2020/> (consultato il 18 marzo 2024)

Istituto Romano di San Michele La storia dell'assistenza Disponibile al sito
<https://www.irsm.it/la-storia-dellassistenza/> (consultato il 17 gennaio 2024)

Koutsounia A. (Aprile 2024) Improving public perception of social work requires positive media exposure, say practitioners in Worksop Disponibile al link

<https://www.communitycare.co.uk/2024/04/17/public-perception-social-work-media-exposure-readers-take/https://rsw> (consultato il 30 febbraio 2025)

Mackenzie C., Rogers W. and Dodds S. (2014), Vulnerability: New Essays in Ethics and Feminist Philosophy, Oxford University Press, Oxford.

Mazzara B.M., Stereotipi e pregiudizi, Il Mulino, Bologna 1997.

McCleary L., Munro M., Jackson L., Mendelsohn L. (2006), “Impact of SARS Visiting Restrictions on Relatives of Long-Term Care Residents”, Journal of Social Work in Long-Term Care, 3,3-4: 3-20.

Moon G. (2000), “Risk and Protection: The Discourse of Confinement in Contemporary Mental Health Policy”, Health and Place, 6: 239-250.

Morlicchio E. (2006), “Sopravvivere in condizioni di incertezza cronica a Napoli”,

Meridiana, 55: 61-78.

Nacoti et al. (2020), “At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation”, NEJM Catalyst. doi: 10.1056/CAT.20.0080.

Pieroni G. Dal Pra Ponticelli M. Introduzione al servizio sociale Storia, principi, deontologia

Ranci C. (2002), “Fenomenologia della vulnerabilità sociale”, Rassegna Italiana di Sociologia, 4: 521-551.

Rebba V. Un'analisi dell'efficienza e dei costi delle strutture residenziali per anziani della Regione Veneto disponibile al link

https://www.researchgate.net/profile/Vincenzo-Rebba/publication/228913843_Un'analisi_dell'efficienza_e_dei_costi_delle_strutture_residenziali_per_anziani_della_Regione_Veneto/links/09e4150fa5dfd59a63000000/Unanalisi-dellefficienza-e-dei-costi-delle-strutture-residenziali-per-anziani-della-Regione-Veneto.pdf (consultato il 23 aprile 2024)

Recubini D. Science & Philosophy, 2(2)/2014, 33--54 DALLE IPAB ALLE ASP: L'EVOLUZIONE DEI PROCESSI DECISIONALI Testo disponibile al sito

<https://eiris.it/ojs/index.php/scienceandphilosophy/article/view/270/300> consultato il 21 settembre 2023

Sanfelici M. (2019). “I servizi sociali ai tempi del coronavirus: le condizioni di lavoro degli assistenti sociali nella prima fase dell'emergenza”. La Rivista di Servizio Sociale, 2: 4-21.

Sanfelici M. (2020), “The Italian response to the COVID-19 crisis: Lessons learned and Future Direction in Social Development”, The International Journal of Community and Social Development. 2, 2: 191-210.

Sanfelici M. (2019) La rivista di servizio sociale studi di scienze sociali applicati e di pianificazione sociale Disponibile al sito:

<https://www.welforum.it/wp-content/uploads/2020/12/RSS-2-2019-Estratto-Sanfelici.pdf>

(consultato il 24/04/2025)

Sanfelici M. Gui L Mordegia S. (2020) Il servizio sociale nell'emergenza Covid-19

Social Representation of Social Work in the Canadian Healthcare Setting: Negotiating a Professional Identity M. Lèvesque, L. Negura, C. Gaucher and M. Molgat pdf scaricabile sul sito <https://academic.oup.com/bjsw/article-abstract/49/8/2245/5320345?login=false> (consultato il 02 maggio 2024)

Sousa Silva I.A. , Andrade Da Cruz E.(2008) The work of the intensive care nurse: a study on the social representations structure. Disponibile al link <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/5RfCRSRH3PJqMydPwdVMmLR/?format=html&lang=en> (consultato il 28 aprile 2024)

Spano P. Trivellato U. Zanini N. Le esperienze italiane di misure di contrasto della povertà: che cosa possiamo imparare? Disponibile al link <https://irvapp.fbk.eu/publications/detail/le-esperienze-italiane-di-misure-di-contrasto-della-poverta-che-cosa-possiamo-imparare/> (consultato il 12 /09/2023)

Statistiche report Istat Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie. Disponibile al link

<https://www.istat.it/wp-content/uploads/2023/11/Report-presidi-assistenziali-Anno-2021.pdf> (consultato il 18 marzo 2024)

Uscher-Pines, L., Duggan, P.S., Garoon, J.P., Karron, R.A., Faden, R.R. (2007), "Social justice and disadvantaged groups", Hastings Cent. Rep., 37,4: 32-39.

Van Loon J. (2008), Governmentality and the subpolitics of teenage sexual risk behaviour, in Peterson A. and Wilkinson I. (eds.), Health, Risk and Vulnerability, Abingdon, Routledge.

Venturini D. (2020), COVID-19. Tra decreti e provvedimenti: sguardi di servizio sociale e psicologia dell'emergenza nella relazione e comunicazione con la cittadinanza

Villano P., Pregiudizi e stereotipi, Carocci, Roma 2003.

Wenger E. (1998), *Communities of Practice. Learning, Meaning and Identity*, Oxford University Press, Oxford (trad. it.: *Comunità di pratica. Apprendimento, significato e identità*, Cortina, Milano, 2006).

White E.M., Fox Wetle T., Reddy A. , Baier R.(2021) Front-line Nursing Home Staff Experiences During the COVID-19 Pandemic pubblicato su [Journal of the American Medical Directors Association](#) nel gennaio 2021 Disponibile al link

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861020309877> consultato il 20 marzo 2025

Wilkinson A., Hislop D. and Coupland C. (eds). (2016) *Perspectives of Contemporary Professional Work: Challenges and Experiences*, Cheltenham, Edward Edgar