

*Francesca Corradini (a cura di)*

**LA VITA (E LA MORTE)  
NELLE STRUTTURE  
PER ANZIANI DURANTE  
LA PANDEMIA**

UNA RICERCA QUALITATIVA IN EMILIA-ROMAGNA



**L**a ricerca che il libro presenta, nata dalla collaborazione tra il Centro di Ricerca Relational Social Work dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e il sindacato Federazione Nazionale Pensionati CISL Emilia-Romagna, ha preso l'avvio nel primo periodo dell'emergenza sanitaria, quando si è imposta la necessità di interrogarsi sulle conseguenze sociali di quanto stava accadendo nelle residenze per anziani. Quali effetti aveva sugli ospiti l'interruzione dei contatti con l'esterno? E come hanno fatto gli operatori a non smarrire il senso relazionale del lavoro di cura? A queste e ad altre domande le autrici rispondono esponendo il disegno e la metodologia della ricerca e i dati ricavati dalle interviste a residenti, operatori e familiari; i risultati sono poi commentati dal sindacato, che illustra il proprio ruolo di sostegno e riflette, alla luce delle drammatiche esperienze recenti, sui possibili sviluppi dei servizi assistenziali. L'attenzione all'attualità e la prospettiva empirica e progettuale fanno del volume una lettura di sicuro interesse per operatori sociali e ricercatori, ma anche per chiunque viva in prima persona le complessità dell'assistenza agli anziani.



*Francesca Corradini*

Assistente sociale e dottore di ricerca in Scienze organizzative e direzionali, è ricercatrice presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano. È docente nei corsi di Laurea triennale in Scienze del servizio sociale e Laurea magistrale in Politiche e servizi sociali per le famiglie, i minori e le comunità.



*Pubblicazione scientifica validata  
dal Comitato Scientifico della Collana*

[www.universityresearch.ericsson.it](http://www.universityresearch.ericsson.it)

€ 21,00

ISBN 978-88-590-2740-9



9 788859 102740 9

[www.ericsson.it](http://www.ericsson.it)

# INDICE

Prefazione ( <i>Fabio Folgheraiter</i> )	7
Presentazione ( <i>Daniele Ravaglia</i> )	9
Introduzione	13

## **PARTE PRIMA**

### LE STRUTTURE PER ANZIANI DURANTE LA PANDEMIA: LA RICERCA EMPIRICA

Capitolo 1	19
Contesto e metodologia della ricerca <i>Francesca Corradini</i>	
Capitolo 2	33
Lo sguardo delle coordinatrici <i>Maria Luisa Raineri</i>	
Capitolo 3	77
Lo sguardo dei responsabili delle attività assistenziali <i>Laura Pinto</i>	
Capitolo 4	97
Lo sguardo degli operatori <i>Clara Bertoglio</i>	

Capitolo 5	117
Lo sguardo dei residenti	
<i>Francesca Corradini</i>	
Capitolo 6	133
Lo sguardo dei familiari	
<i>Giulia Avancini</i>	
Capitolo 7	153
Riflessioni conclusive e spunti operativi	
<i>Giulia Notari e Maria Luisa Raineri</i>	
<b>PARTE SECONDA</b>	
COMMENTI ALLA RICERCA E PROSPETTIVE	
Capitolo 8	169
Diritti degli anziani e doveri della comunità	
<i>Monsignor Vincenzo Paglia</i>	
Capitolo 9	171
A partire dalla pandemia: proposte per il futuro	
<i>Piero Ragazzini</i>	
Capitolo 10	175
La ricerca sulle case di riposo: c'è un'alternativa alla chiusura?	
<i>Loris Cavalletti</i>	
Capitolo 11	181
La contrattazione di prossimità e le politiche per la non autosufficienza in Emilia-Romagna	
<i>Beatrice Mariotto</i>	
Capitolo 12	193
Auto mutuo aiuto, welfare e sindacato	
<i>Marcello Stecco</i>	
Bibliografia	201
Appendice	205

# **PREFAZIONE**

*È con grande piacere che presento questo significativo testo, frutto di un'approfondita ricerca empirica sulla vita nelle RSA per anziani durante il Covid-19 condotta da un'équipe del Centro Relational Social Work dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, che ho l'onore di dirigere. La ricerca, voluta dal sindacato CISL dell'Emilia-Romagna, è stata coordinata dalla collega Francesca Corradini e ci consegna, accanto ai dati raccolti, importanti spunti di riflessione.*

*Sapevamo tutti che il Covid-19 ha sconvolto lo scorrere della vita nel nostro tempo altrimenti fortunato. Lo strappo che ha imposto è stato dirompente, tale da segnare un solco tra il prima e il dopo. Lo sapevamo, tuttavia, solo dalla nostra prospettiva. Ci erano ben noti i disagi e le ansie che si erano abbattuti su di noi, liberi cittadini a cui piace pensarsi «normali»; disagi e ansie che toccavano le nostre routine, ai nostri occhi così necessarie e sacre. Non sapevamo davvero a fondo, invece, che cosa stesse succedendo, un metro più in là, agli «altri da noi», ad esempio agli esseri umani (anziani e operatori) ospiti delle strutture residenziali sbarrate in fretta e furia per legge. Pensavamo di poter capire lavorando d'immaginazione, figurandoci quale pena avremmo sofferto noi se ci fosse toccato di venir rinchiusi così... Potevamo permetterci, insomma, solo un po' di empatia. Ma proprio questo è il punto: ci sono situazioni tanto «assurde» che non si possono immaginare.*

*La ricerca esposta nel volume ha il pregio di essere riuscita, in tempo reale o quasi, a dar voce a quelle persone che per mesi e mesi, senza vedere via d'uscita e senza avere mai notizie certe, e in molti casi senza poter neanche ben comprendere le poche notizie che ricevevano, hanno visto interrompersi bruscamente i loro legami con il mondo. Certo, qualche telefonata o video-*

*chiamata con i familiari ci sarà stata; ma qui parliamo della possibilità di essere compresi, di percepire che la propria «cognizione del dolore» (per dirla con Gadda) ha senso. Non si tratta solo di esprimere il proprio sconcerto, di esternare l'angoscia, di chiedersi: ma dove siamo andati a finire, così, all'improvviso? È sentire che si è davvero ascoltati, che ci sono persone interessate a comprenderti e a comprendere ciò che ti è successo, che fa bene...*

*In questo libro leggeremo pagine toccanti, nelle quali il dolore di chi ha sofferto — quasi come in una psicoterapia — ha modo di emergere per intero. E toccare con mano, leggendo, questa sofferenza ci conferma con forza che i sentimenti altrui possono essere tanto più profondi, tanto diversi da come se li può figurare la nostra limitata immaginazione.*

*Dalla comprensione «oggettiva» delle esperienze emozionali e dei pensieri degli ospiti e dei loro familiari, come anche delle varie figure professionali, possono derivare stimoli di riflessione più astratti. Di necessità un po' dappertutto, nelle strutture socio-sanitarie, si sono dovute operare in tempo di pandemia manovre urgenti, prese sulla base delle conoscenze via via disponibili e delle ansie difensive, dovendo dare priorità all'evitamento del contagio anche a scapito di tanti altri valori e di tante altre sacrosante esigenze. Si è dovuto — inevitabilmente — quasi stravolgere la logica dei servizi sociali, che è sempre quella di pensare prima di tutto alla persona assistita e alla sua famiglia. L'ansia per la sopravvivenza ha cominciato a prevalere sul senso del vivere. Anche su questo piano la ricerca che qui presentiamo si dimostra opportuna e utile, perché ci aiuta a riflettere sulle ragioni per cui in una società civile che sia degna di questo nome occorre che vi siano i servizi sociali personali, e sulle condizioni necessarie affinché questi sussistano. La serenità delle persone più fragili va mantenuta sempre al primo posto. «La tenuta di un ponte — diceva Bauman — si misura dalla solidità dei suoi pilastri più piccoli».*

Milano, giugno 2021

Fabio Folgheraiter  
Università Cattolica del Sacro Cuore

# PRESENTAZIONE

## I giovani di oggi sono gli anziani del futuro

*Daniele Ravaglia<sup>1</sup>*

Gli anziani sono uomini e donne, padri e madri che sono stati prima di noi sulla nostra stessa strada, nella nostra stessa casa, nella nostra quotidiana battaglia per una vita degna. Sono uomini e donne dai quali abbiamo ricevuto molto. L'anziano non è un alieno. L'anziano siamo noi fra poco, fra molto, inevitabilmente comunque, anche se non ci pensiamo (Papa Francesco, 2015).

Gli anziani siamo noi.

Nell'intento di avviare qualche riflessione sul tema, parto da questa affermazione di Papa Francesco per ricordare a tutti noi che siamo una società che invecchia e che prenderci cura dei nostri anziani significa prenderci cura di noi stessi e della comunità in cui viviamo. Troppo spesso, nelle nostre vite frenetiche, ci dimentichiamo di rivolgere il pensiero alla cosiddetta terza età, quell'età della vita con la quale prima o poi ognuno di noi si ritrova a fare i conti, in un primo momento per la necessità di accudire i genitori divenuti anziani e spesso non più autosufficienti, in uno step successivo perché noi stessi entriamo anagraficamente in questa fase dell'esistenza.

In quest'ottica, la ricerca effettuata dall'Università Cattolica del Sacro Cuore accende una consapevolezza su tanti aspetti collegati alla condizione di anzianità, in particolare alla luce dell'emergenza sanitaria in atto, che da oltre un anno affligge non solo gli anziani che risiedono nelle strutture protette, ma anche tutti i familiari e gli operatori del settore, che da molti mesi devono fare i conti con dinamiche mutate, a tratti profondamente angoscianti.

---

<sup>1</sup> Direttore Generale Emil Banca Credito Cooperativo.

Le strutture protette, nel quadro dell'emergenza sanitaria, purtroppo si sono rivelate in molti casi luoghi di maggior contagio e di morte.

Dalle interviste condotte dalle ricercatrici emerge chiara e urgente l'importanza di sviluppare e potenziare nuovi modelli che si adattino all'ampio spettro dei bisogni contingenti degli anziani, così come prospetticamente è necessario iniziare a investire sempre più sulla domiciliarità, sul welfare privato, sui servizi intermedi e sulle residenze sanitarie, che devono continuare a esistere ma che possono divenire anche più piccole e più accoglienti, quasi vere e proprie case che ricordino di più all'anziano il suo precedente modo di vita.

Dalla ricerca emerge forte anche l'importanza del coinvolgimento degli enti locali, con l'obiettivo di creare una maggiore integrazione e di avviare una revisione complessiva del sistema di assistenza, in modo che tutti i livelli siano interconnessi tra loro. Queste attività non possono più essere rimandate, poiché oggi il numero degli anziani è in aumento e l'uscita dal mondo del lavoro può coincidere per molti con un improvviso senso di isolamento, se non addirittura di inutilità, che può rapidamente influire sulla lucidità e sulla vitalità della persona.

Nell'organizzazione sociale odierna, infatti, l'identità e il ruolo della persona coincidono quasi sempre con la produttività e la capacità di essere attivi nel mondo del lavoro.

Pensiamo invece alle società antiche. Gli anziani erano i saggi — dotati di considerevole esperienza e conoscenza —, ritenuti di grande importanza per il loro ruolo sociale e culturale, tanto che veniva loro riservato il posto più elevato nell'organizzazione sociale e politica della comunità. Diventare vecchi, anticamente, significava raggiungere un traguardo, per il rispetto e la considerazione riconosciuti ai membri anziani della società.

Nella società odierna, invece, la popolazione italiana vive molto a lungo, ma l'immagine dell'anziano e il suo ruolo all'interno della società e della famiglia sono mutati in modo sostanziale rispetto ai tempi che furono.

L'inizio della vecchiaia viene ormai stabilito dal pensionamento, momento della vita che comporta la perdita dello status sociale. Uscire dall'ambiente lavorativo può significare, per molti, essere progressivamente tagliati fuori dal mondo: diminuiscono le possibilità di contatto umano e di relazione, vengono meno gli incontri con i colleghi di lavoro e con gli amici ancora professionalmente attivi.

Ecco allora la necessità di pensare ad azioni, strategie e programmi dedicati all'anziano, il quale deve essere collocato in una visione personalista, perché egli è una *persona* e la persona rappresenta un valore in sé — a qualsiasi età e in qualunque condizione — e come tale va rispettata, riconosciuta e resa protagonista di vita, attività e cultura in una società di persone solidali.



La società deve rendersi conto che il soggetto anziano è un patrimonio vivente di valori, esperienze e saggezza, e come tale deve essere portato a comprendere il presente e a fare buon uso della sua età, anche quando le sue condizioni di non più autosufficienza ne richiedano l'inserimento in una struttura assistenziale.

La vecchiaia deve sempre più divenire sinonimo di serenità, coscienza, dignità e accettazione di sé, nell'ambito delle relazioni sociali e delle prestazioni fisiche e mentali. Certo occorre mettere mano anche al problema del conflitto generazionale, che deve essere sovvertito, affinché la società attuale, sempre più orientata verso criteri di efficientismo giovanile, non consideri gli anziani come disfunzionali al proprio sistema in quanto improduttivi, ma li riabiliti appieno come parte attiva della società.

In quest'ottica, validi supporti diventano sicuramente la famiglia, l'ambiente sociale, le relazioni amicali, tutto ciò che occorre per svolgere un'efficace e consapevole attività di integrazione sociale che favorisca un invecchiamento «di qualità».

Non nascondo di essermi a tratti commosso, leggendo alcune interviste agli anziani riportate in questa ricerca, che Emil Banca ha il piacere di sostenere nella pubblicazione, poiché questo studio preciso e dettagliato induce senza dubbio a una riflessione che costituisce un buon punto di partenza per lo sviluppo di una maggiore consapevolezza sulle tematiche inerenti la terza età della vita. La nostra presenza come cooperativa di credito in questa pubblicazione non è casuale o episodica, ma si inserisce appieno nella filosofia delle banche di credito cooperativo: aziende nate per soddisfare i bisogni delle persone, di qualsiasi età e censo sociale, ma con riguardo particolare a quelle fasce di cittadini che richiedono maggior attenzione.

Sono poi personalmente convinto che oggi occuparsi di queste tematiche e mettere a fuoco nuove strategie dedicate a questa importante fase della vita diventi sempre più irrinunciabile, se è vero — com'è vero — che «gli anziani siamo noi». Davvero tutti noi.

# INTRODUZIONE

La ricerca che viene presentata in questo volume è nata da una collaborazione tra il Centro di Ricerca Relational Social Work dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano e FNP CISL Emilia-Romagna, che l'ha voluta e commissionata.

Ha preso avvio nel primo periodo dell'emergenza sanitaria, quando il disorientamento e la paura erano condizioni comuni e appariva evidente come l'impatto del virus fosse terribile soprattutto per le persone più fragili, in particolare gli anziani. L'attenzione mediatica era concentrata soprattutto sulle strutture protette, divenute, secondo l'opinione pubblica, «luoghi di morte», tanto da auspicarne la chiusura definitiva. I numeri dei contagi e dei decessi all'interno delle strutture erano indubbiamente preoccupanti, tuttavia occorreva affrontare la questione senza fermarsi alla superficie, a partire dall'idea che — seppure indubbiamente con alcune eccezioni — gli operatori si erano sicuramente attivati nel miglior modo possibile per proteggere le persone a loro affidate. Andando un po' più in profondità, si aprivano molteplici questioni.

La prima era relativa alla qualità di vita che si stava prospettando per le persone anziane residenti in struttura: che conseguenze avrebbero avuto, per loro, l'interruzione di tutti i contatti con l'esterno, l'impossibilità di vedere i familiari, la malattia e la sofferenza — spesso l'ospedalizzazione — vissute in totale solitudine? In un'ottica più ampia, ci si chiedeva come si sarebbero potuti garantire il rispetto del diritto all'autodeterminazione e la partecipazione alle scelte quando le persone dovevano forzatamente adattarsi a protocolli definiti dall'esterno e probabilmente non tanto comprensibili. Era poi evidente come la condizione emergenziale potesse alimentare atteggiamenti di *ageism*, che portavano a identificare le persone anziane con i loro aspetti di fragilità e

le loro necessità assistenziali. Di conseguenza, si rischiava di innescare una dinamica di contrapposizione tra le generazioni, nella quale i «vecchi» erano ritenuti responsabili dei sacrifici cui la popolazione di ogni età era costretta.

Pensando poi ai familiari delle persone inserite nelle strutture protette, era soltanto immaginabile l'angoscia provata dal momento in cui si erano sentiti dire, dall'oggi al domani, che non avrebbero più potuto incontrare il proprio genitore, marito, fratello o la propria moglie o sorella. Un'angoscia aumentata dal timore che la persona cara si ammalasse e potesse morire senza neppure aver potuto scambiare un ultimo saluto con loro.

Questi vissuti peraltro si immettevano in un contesto già estremamente delicato dal punto di vista emotivo, perché la scelta di inserire un familiare in una struttura protetta non è mai semplice, spesso arriva dopo aver percorso altre strade fallimentari e, in non pochi casi, si mescola a forti sensi di colpa. Il percorso dell'accompagnamento in struttura è graduale, così come non è immediata la costruzione di una relazione di fiducia tra familiari e operatori; di conseguenza, se pensiamo all'immagine tanto negativa delle strutture protette presentata in quel periodo, viene spontaneo chiedersi quali siano state le ricadute all'interno delle famiglie.

Gli operatori, dal canto loro, si sono trovati a dover gestire situazioni tragiche, spesso a mani nude, andando a loro volta incontro al contagio, e hanno dovuto privilegiare la tutela della salute fisica rispetto a tutte le altre funzioni e attività che caratterizzavano l'identità delle strutture protette (o case per anziani, come si chiamano in Emilia-Romagna) su un piano sociale e relazionale.

Tutto ciò che rendeva la struttura una casa — come le uscite, le attività in gruppo, la condivisione dei pasti, i momenti di scambio informali e, soprattutto, i gesti di affetto e contatto fisico, tanto importanti soprattutto per chi fatica a comunicare con il linguaggio verbale — è stato cancellato o rimodulato, in ogni caso celato dietro a mascherine, tute e visiere.

La domanda che quindi è sorta in noi, come ricercatori, è stata: come hanno fatto gli operatori a non snaturare l'identità del loro lavoro e a mantenere viva la relazione con le persone residenti e con i familiari? Soprattutto, ci siamo chiesti che conseguenze potesse portare, sul lungo periodo, privilegiare la cura della salute fisica, ponendola davanti a tutto il resto. Il rischio che si intravedeva era quello di trasformare le strutture protette in «succursali ospedaliere», magari efficienti, ma spersonalizzanti. Infine, per chiudere il cerchio, ci siamo domandati quali conseguenze ci sarebbero state per gli ospiti. L'emergenza sanitaria sembrava condurre le strutture per anziani in una nuova direzione, ma occorreva governare con consapevolezza tale cambiamento, affinché fosse preservata l'importanza della relazione — potremmo dire della *care* reciproca. In questo senso risultava necessario comprendere

a fondo che cosa era accaduto e che cosa stava accadendo oltre, o meglio «dentro», i numeri del contagio.

Mentre ci stavamo interrogando sulle modalità con cui avremmo potuto esplorare questo mondo e dare un contributo per approfondire la realtà delle strutture protette, è arrivata la proposta di FNP CISL Emilia-Romagna di provare a ragionare e a fare ricerca sui mutamenti avvenuti nei servizi per anziani in seguito alla pandemia. Il sindacato aveva già avviato un grande lavoro, insieme alla Regione, nel periodo dell'emergenza sanitaria: era un interlocutore privilegiato con cui venivano definiti i protocolli di intervento e si era mosso attivamente per sostenere i lavoratori, i pensionati e le famiglie in quel difficile periodo. Dalla riflessione condivisa è emerso un interesse comune e siamo stati concordi nell'avviare una riflessione proprio là dove la pandemia aveva portato gli effetti più nefasti, cioè nelle strutture residenziali per anziani.

La collaborazione con il sindacato ci ha permesso di entrare nelle case per anziani — talvolta fisicamente, talvolta con strumenti virtuali —, di osservare dall'interno i modelli operativi e i cambiamenti nell'organizzazione, e di raccogliere i vissuti professionali e personali, forse mai come in questo periodo così strettamente intrecciati. Ci ha dato la possibilità di ascoltare il punto di vista di tutti, di accogliere e descrivere proposte, idee, strategie operative che possono diventare buone prassi per il futuro, dal momento che con «il virus» si dovrà convivere a lungo.

Abbiamo intervistato i professionisti dell'assistenza, dai coordinatori agli operatori socio-assistenziali, per cogliere come l'impatto della pandemia si sia abbattuto su tutti i livelli operativi e come questi si siano intrecciati tra loro per affrontare la situazione. Abbiamo intervistato i familiari, che ci hanno raccontato cosa ha significato, per loro, dover accettare di mettere la vita dei propri cari completamente nelle mani di qualcun altro. Ma a renderci particolarmente orgogliosi, in questa ricerca, sono le interviste alle persone residenti, perché riteniamo che ci sia stato davvero poco spazio per loro, anche in ambito scientifico: degli ospiti delle strutture protette si è tanto parlato, ed essi sono stati oggetto di preoccupazione, attenzioni e proposte, ma raramente hanno avuto la possibilità di esprimere e mostrare all'esterno il proprio punto di vista.

Il quadro che è emerso è estremamente composito e riteniamo che possa offrire spunti di riflessione utili sia per chi lavora nel quotidiano all'interno di una struttura protetta, sia per chi si occupa di programmazione dei servizi. Non possiamo, ovviamente, generalizzare i risultati conseguiti, ma non è questa la finalità: crediamo di aver ottenuto una rappresentazione approfondita di quello che si nasconde dietro ai dati numerici e di essere riusciti a dare voce a coloro che, in questo periodo così tragico, non sempre hanno avuto visibilità mediatica, se non in termini negativi.

Il volume è composto da due parti. Nella prima vengono presentati il disegno della ricerca, la metodologia e i risultati dell'analisi dei dati, oltre ad alcune riflessioni conclusive e spunti operativi che abbiamo elaborato a partire da un lavoro di confronto e dialogo con gli operatori sindacali della CISL, ai quali abbiamo chiesto di commentare, all'interno di un *focus group*, i primi risultati della ricerca. La seconda parte si apre con uno scritto di monsignor Vincenzo Paglia, presidente della Commissione ministeriale per la riforma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria della popolazione anziana, che pone l'attenzione sul tema dei diritti degli anziani in relazione con la comunità. La ricerca viene poi discussa e commentata dal sindacato, che presenta in maniera più approfondita il proprio ruolo nell'ambito del supporto alle persone non autosufficienti e alle loro famiglie. Nei diversi contributi vengono proposte riflessioni sui possibili sviluppi dell'assistenza alle persone anziane, sul supporto alle famiglie e su eventuali rimodulazioni delle strutture protette, pensando, in particolare, di porsi in dialogo con amministratori e *policy makers* all'interno di una prospettiva progettuale.

Ringraziamo FNP CISL, che ci ha dato l'opportunità di realizzare questa ricerca e ci ha «aperto le porte» per poter entrare nelle strutture, consentendoci l'accesso al campo in un ambito in cui erano palesi le difficoltà. Ringraziamo poi tutte le persone che hanno generosamente messo a disposizione il loro tempo e le loro esperienze per la nostra ricerca, anche rivivendo momenti estremamente difficili e dolorosi o dedicandoci spazi che avrebbero potuto destinare ad altre attività. Dobbiamo sottolineare la grande disponibilità di tutti gli enti gestori e di ogni singola persona; in particolare ringraziamo le coordinatrici di struttura, che sono state il tramite per poter incontrare le altre persone. Un ultimo aspetto preme mettere in evidenza: la grande trasparenza con cui tutte le persone ci hanno raccontato la situazione all'interno delle strutture, trasparenza sostenuta dalla consapevolezza di aver fatto, o di aver tentato di fare, tutto il possibile per arginare il contagio con gli strumenti disponibili in quel momento.

# CAPITOLO 1

## Contesto e metodologia della ricerca

*Francesca Corradini*

### **L'impatto sociale dell'emergenza sanitaria sulle strutture protette**

#### *Qualche dato di sfondo*

L'impatto dell'emergenza sanitaria sulle persone fragili, in particolare su quelle non autosufficienti, è una tematica su cui si sono concentrate diverse ricerche. All'interno di questo vasto tema, le strutture protette sono apparse fin da subito un nodo centrale, anche se secondo alcuni in un primo momento sembrano essere state «dimenticate», in quanto tutte le energie erano concentrate sugli ospedali e sui presidi sanitari (Berloto et al., 2020). Sono poi comparse al centro dell'attenzione in seguito all'elevato numero dei contagi e dei decessi, tanto che alcuni autori hanno parlato di una «strage silenziosa» (Marocchi e Pasquinelli, 2020) e di «un'emergenza nell'emergenza» (Arlotti e Ranci, 2020).

Come documentato da quasi tutti gli autori (Berloto et al., 2020; Istituto Superiore di Sanità, 2020), è complicato ottenere dati precisi circa i numeri del contagio nelle strutture, soprattutto perché non esiste un sistema unico di rilevazione e perché sono presenti differenti modelli organizzativi a livello regionale.

L'Istituto Superiore di Sanità (2020) ha realizzato, a partire dal mese di marzo 2020, una *survey* nazionale che ha coinvolto 3.292 strutture protette su tutto il territorio nazionale, di cui 348 in Emilia-Romagna. Dai dati pubblicati emerge che nel periodo 1° febbraio – 5 maggio 2020<sup>1</sup> si è registrato mediamente un tasso di mortalità del 9,1% tra i residenti per struttura. Tra i 9.154 soggetti

---

<sup>1</sup> Si considera il periodo febbraio-maggio perché è quello su cui si è concentrata la ricerca qualitativa oggetto di questo report.

deceduti nelle strutture rispondenti, solo 680 (il 7,4%) erano risultati positivi al tampone per Covid-19, mentre 3.092 (il 33,8%) avevano presentato sintomi simil-influenzali. Se si considerano congiuntamente i decessi di soggetti accertati positivi e con sintomi simil-influenzali, il tasso di mortalità complessivo legato al virus nelle strutture risulta pari al 3,1%. L'Emilia-Romagna appare in linea con la media nazionale (3,2%). Tuttavia, tra febbraio e marzo, le percentuali erano decisamente più elevate: il tasso di decessi era del 9,6% a livello nazionale e del 6,4% in Emilia-Romagna.

La stessa indagine conferma che nel periodo febbraio-maggio 5.292 persone residenti nelle strutture rispondenti sono state ospedalizzate (il 5,4% degli ospiti): il 56,4% di questi pazienti era accertato positivo o con sintomi simil-influenzali. Cergas-Bocconi (2020) mostra che, se si mettono in relazione la cifra in valore assoluto e il dato sulla mortalità precedentemente esposto, la grande maggioranza dei casi Covid-19 più gravi risulta essere stata gestita in struttura, senza il ricorso al ricovero ospedaliero.

Secondo i dati forniti dalla Regione Emilia-Romagna, a maggio 2020 nel 42% delle Case Residenza Anziani (CRA) emiliano-romagnole era presente almeno un ospite positivo al Covid-19, con una percentuale del 15% sul totale dei posti letto (Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna, 2020).

L'indagine nazionale ha messo in luce le principali carenze così come evidenziate dagli operatori coinvolti nella ricerca: la principale criticità era dovuta alla mancanza dei DPI, Dispositivi di Protezione Individuale (77,2%), seguita dalla carenza di tamponi (52,1%), dall'assenza di personale sanitario (33,8%), dalla difficoltà di isolare gli ospiti positivi al Covid-19 (26,2%), dalla scarsità di informazioni ricevute sulle procedure di contenimento dell'infezione (20,9%) e dalla difficoltà a ottenere ricoveri ospedalieri degli ospiti infetti (12,5%).

Analoghi criticità e ordine di priorità (difficoltà nell'approvvigionamento dei DPI, problematiche nell'effettuare test diagnostici, carenza di personale, difficoltà nel comprendere e integrare le indicazioni normative, nell'isolare gli ospiti positivi, oltre che nel gestire *fake news* e campagne di stampa fuorviante circa le strutture protette) sono stati rilevati da una *survey* effettuata dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nell'area metropolitana di Bologna (2020).

### *Alcune riflessioni a partire da ricerche sul campo*

Le strutture protette si sono rivelate quindi l'anello debole della catena, deputate alla protezione delle persone più fragili e al contempo spesso fonte di contagio. La questione della protezione sanitaria è stata oggetto di diversi studi (tra gli altri Fabrizio, 2020; Notarnicola e Rotolo, 2020) che hanno iniziato a

delineare da un lato i principali nodi critici evidenziati nel corso dell'emergenza, dall'altro alcuni comportamenti virtuosi che hanno agevolato una migliore gestione della situazione e, in molti casi, limitato le situazioni di contagio.

Si ritiene utile condividere alcune riflessioni tratte dal VII Report sulla non autosufficienza, pubblicato nel mese di dicembre 2020 (Network Non Autosufficienza, 2020).

Da parte degli autori l'invito è ad assumere una prospettiva ampia nella lettura dell'impatto della pandemia sulle strutture protette, per evitare lo sguardo riduttivo di chi considera quello che è accaduto «inevitabile», dal momento che le strutture accolgono persone già con gravi deficit sanitari, oppure di chi colpevolizza esclusivamente i gestori delle strutture, come se queste non fossero a loro volta inserite in un più ampio sistema di *governance* nazionale e, in particolare, regionale.

Occorre acquisire maggiore consapevolezza del quadro complessivo considerando i profondi mutamenti sopravvenuti negli ultimi anni nelle caratteristiche degli ospiti delle strutture: persone sempre più anziane, bisognose di assistenza continua, anche sul piano sanitario, oppure con disturbi cognitivi, patologie psichiche, che si sommano alla non autosufficienza fisica (Guaita e Cherubini, 2011). Accanto a questo viene segnalata un'inadeguatezza sul piano strutturale che ha favorito la promiscuità tra gli ospiti, in quanto solo una bassissima percentuale delle strutture dispone di stanze singole (Guaita, 2020). Un altro elemento da considerare è la carenza di personale, che, secondo alcune ricerche, è strettamente correlata alla diffusione del contagio: al diminuire delle ore di personale aumenta il rischio di contagio (Figueroa et al., 2020). I dati (Barsanti, 2020) evidenziano come la realtà italiana presenti grosse criticità da questo punto di vista: gli operatori sono pochi numericamente rispetto al resto d'Europa e hanno trattamenti economici e contrattuali peggiori; inoltre, non sono previsti percorsi formativi specifici.

Tutti gli elementi sopra evidenziati hanno indubbiamente inciso sull'impatto che l'emergenza sanitaria ha avuto sulle strutture protette; occorre poi considerare che la risposta, tra le diverse Regioni, è stata abbastanza differenziata (Berloto et al., 2020) e che le indicazioni per la gestione dell'epidemia sono arrivate in ritardo rispetto, ad esempio, a quelle fornite ai presidi ospedalieri.

### *Cosa osservare al di là del contagio?*

La maggior parte delle ricerche disponibili si è soffermata sul dirompente impatto sanitario all'interno delle strutture. Tuttavia, inizia a maturare la consapevolezza che le conseguenze dell'epidemia, e anche di tutte le misure messe



in atto per proteggere dal contagio — l'isolamento *in primis* —, vanno molto oltre i dati relativi ai numeri dei contagi e dei decessi.

Questo impatto, che potremmo definire «sociale», è stato forse parimenti devastante per tutti i soggetti coinvolti: ospiti, familiari e operatori delle strutture. Di seguito si accennano alcune possibili piste di riflessione presenti in letteratura.

### Conseguenze sugli ospiti

Già prima dell'emergenza sanitaria, le ricerche (Berg-Weger e Schroepfer, 2020) avevano evidenziato le negative conseguenze della solitudine e dell'isolamento sulle persone fragili, in particolare di età anziana. Le testimonianze degli ospiti di strutture residenziali nel periodo della pandemia evidenziano un forte senso di vulnerabilità, paura per la salute propria e altrui e un aumentato senso di dipendenza dagli altri, unito alla sensazione di aver visto ridursi ulteriormente la propria capacità di scelta, anche di fronte a situazioni ritenute pericolose (Shaw, 2020).

Nel periodo dell'emergenza sanitaria queste persone hanno visto una notevole riduzione della possibilità di autodeterminarsi e di partecipare alla progettazione del proprio percorso assistenziale, e spesso sono state considerate solo destinatarie degli interventi e non protagoniste dei percorsi. Il rischio è una deriva paternalistica dell'assistenza, in cui le opinioni e i desideri dei diretti interessati non siano considerati una priorità (American Psychological Association, 2020). Inoltre, l'enfasi sulla fragilità delle persone anziane rischia di generare un'idea distorta dell'invecchiamento, che non considera le differenze di età, di capacità personali e di risorse di ciascun individuo. Si alimenta una visione stereotipata delle persone anziane, viste esclusivamente come un peso per la società, e si allontana l'idea di favorire percorsi di invecchiamento attivo nei quali valorizzare l'apporto di ciascuna fascia di età allo sviluppo della società (Swinford, Galucia e Morrow-Howell, 2020). In tal senso, si rischia inoltre di aumentare la frattura intergenerazionale tra i giovani, che si trovano a dover fronteggiare un futuro incerto, e gli anziani, di cui si sono descritte le caratteristiche di fragilità e di dipendenza, invece di promuovere percorsi di cooperazione intergenerazionale (Ayalon et al., 2020).

### Conseguenze sui familiari

Analogamente, vi sono state ripercussioni evidenti anche sui caregiver e sui familiari, che si sono trovati a dover rinunciare al rapporto diretto con i parenti ricoverati, talvolta senza che questa scelta venisse compresa da parte di questi ultimi, soprattutto in presenza di condizioni di decadimento cognitivo.

La scelta di inserire un familiare in una struttura protetta e la gestione delle fasi successive aprono sempre uno scenario delicato, in cui i rapporti intrafamiliari si modificano e occorre ridefinire ruoli e funzioni (Stone e Clements, 2009). Le prime ricerche che hanno accolto il punto di vista dei caregiver nel periodo dell'emergenza sanitaria evidenziano un aumento della preoccupazione e una sensazione di impotenza, dovuti da un lato alla dimensione affettiva, dall'altro alla mancanza di partecipazione alla vita della struttura, e quindi anche al mancato controllo dell'adeguatezza delle cure ricevute dai propri familiari (Lightfoot e Moone, 2020). Nelle situazioni più gravi si è arrivati a un punto di rottura tra i familiari e le strutture, accusate di non aver attuato tutte le precauzioni necessarie per proteggere gli ospiti e di essere responsabili dei numerosi decessi (Marocchi e Pasquinelli, 2020). È centrale il tema della comunicazione: poter avere notizie aggiornate sullo stato di salute dei propri cari, anche attraverso l'utilizzo di strumenti tecnologici che consentano un contatto visivo, è indubbiamente un elemento fondamentale per ridurre i vissuti di ansia e stabilire connessioni tra i familiari e le strutture (Sanfelici, 2020).

### Conseguenze sugli operatori

In questo contesto di estrema complessità gli operatori delle strutture — e in particolare quelli socio-sanitari — si sono trovati a dover gestire in completa autonomia il nuovo scenario, spesso in condizioni di riduzione del personale, oppure con il supporto di personale non adeguatamente formato, con la preoccupazione per la tutela della propria salute e di quella dei propri familiari. I coordinatori delle strutture hanno evidenziato, oltre alle carenze sul piano organizzativo e delle risorse, un'assenza di indicazioni e procedure che hanno in parte superato attraverso il confronto e la collaborazione con gli altri professionisti (Sanfelici, 2020).

Il tema è molto complesso e articolato; si vogliono solo sottolineare due aspetti particolarmente rilevanti. In questo periodo si è resa ancora più evidente la frattura tra *cure* e *care*: la cura della salute fisica ha prevalso sulle dimensioni relazionali che hanno sempre caratterizzato l'assistenza. Il rischio è una disumanizzazione delle pratiche assistenziali, di cui si considera solo la valenza in senso clinico (Shaw, 2020). Le strutture residenziali rischiano quindi di trasformarsi in luoghi di cura iperspecializzata (simili agli ospedali), piuttosto che restare degli spazi integrati nelle comunità territoriali. Se si alimenta la separazione tra i percorsi assistenziali (tra struttura e domicilio, tra interventi sociali, sanitari e socio-sanitari), si perde un'ottica di presa in carico globale e di continuità di cura nei confronti delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie (Notarnicola e Rotolo, 2020).

# CAPITOLO 4

## Lo sguardo degli operatori

*Clara Bertoglio*

Le interviste agli operatori riportano le voci di una categoria professionale che fin dall'esordio dell'emergenza sanitaria ha vissuto in prima linea i cambiamenti generati dalla diffusione del Covid-19.

Sono i racconti di un campione di nove operatori, otto con il ruolo di operatori socio-sanitari e uno con il ruolo di infermiere, all'interno di sette tra le strutture protette per anziani dell'Emilia-Romagna.

Questi operatori contribuiscono alla narrazione di quanto accaduto durante la prima ondata dell'epidemia con lo sguardo di chi si è costantemente rapportato con ospiti, familiari, colleghi e responsabili e riesce quindi a restituire le conseguenze che il virus ha avuto nel lavoro sul campo, nei confronti degli ospiti delle strutture protette, nel rapporto con ospiti e familiari e nella relazione — per lungo tempo sospesa — tra di loro.

La gestione dell'emergenza ha inevitabilmente richiamato anche questioni inerenti la dimensione organizzativa della struttura in cui gli operatori erano inseriti, i rapporti con i responsabili e dirigenti, le scelte prese e le indicazioni seguite.

Il virus infine ha avuto delle importanti ricadute anche sulla sfera emotiva e personale degli operatori, arrivando persino a esporli in prima persona al contagio.

### **L'impatto sulla quotidianità lavorativa: non poter abbracciare**

Il primo e più drammatico cambiamento è legato al numero di decessi verificatosi con la diffusione del Covid-19.

Dai racconti degli operatori emerge come, con intensità differente, il virus abbia colpito le strutture protette in maniera rapida e imprevedibile, portando via con sé diversi ospiti.

Sono decedute due signore che non avevano neanche l'ossigeno, non avevano mai avuto febbre e le abbiamo trovate così (OSS E).

In una settimana è cambiato tutto, è stato un macello. Abbiamo un gruppo nei cellulari, il gruppo della casa protetta, e ogni volta che arrivava un messaggio pensavo: «Oddio, è morto un altro, oddio, è morto». [...] Era una disperazione sentire il suono del telefonino, perché c'era sempre la paura di ricevere delle brutte notizie (OSS2 B).

L'aumento nei decessi ha inevitabilmente comportato una riduzione del numero di ospiti da assistere, senza tuttavia che questo implicasse un inferiore carico di lavoro.

Chiaro, se io prima del Covid ho 50 ospiti e poi ne ho in tutto il reparto 35... Il numero di operatori è lo stesso, è chiaro che il carico di lavoro fisicamente è molto minore.

[...] Ma adesso noi abbiamo meno ospiti, quindi è una gestione diversa rispetto a prima del Covid (OSS C).

L'emergenza sanitaria, infatti, ha richiesto fin dall'inizio agli operatori delle strutture protette una maggiore disponibilità e flessibilità nel proprio lavoro, in termini sia di attività da svolgere che di presenze da garantire.

Le animatrici non c'erano, perché, giustamente, alcune si sono ammalate, altre erano a rischio, sono quasi tutte grandi; non avevamo i ragazzi manutentori, anche loro non venivano sempre, non entravano, oppure le guardarobiere. Quindi facevamo tutto noi, anche la guardarobiera, il lavoro che facevano loro. Anche le infermiere sinceramente non entravano sempre in tutte le camere, quelle che entravamo eravamo solo noi operatrici.

[...] Io ho avuto anche delle colleghe, [...] tre o quattro anche per piano, che stavano tutto il tempo qua dentro, entravano al mattino e uscivano alla sera, e loro stesse facevano il turno, facevano tutto il lavoro della RAA praticamente. Facevano i turni, mettevano giù il programma... Tutto quello che non era inerente al nostro lavoro lo hanno fatto, si sono rimboccate le maniche... (OSS A).

In alcuni casi è stato proposto agli operatori anche di trasferirsi in un'altra struttura o di cambiare reparto.

La mia coordinatrice, anche la cooperativa, ha chiesto disponibilità a tutto il personale del centro diurno, che era a casa in cassa integrazione, [...] a lavorare dentro la casa di riposo, visto che c'era l'emergenza (OSS1 D).

Con l'entrata del virus nelle strutture, le attività assistenziali generalmente svolte si sono connotate per una valenza maggiormente sanitaria.

Qui, prima dell'emergenza, l'assistenza era una cosa di base [...], con l'emergenza Covid si è passati a un'assistenza molto più intensiva, ci siamo trovati a lavorare con pratiche che non sono usuali, ad esempio l'ossigenoterapia ad alti flussi; c'erano persone con molta difficoltà respiratoria (Infermiera G).

Noi abbiamo sempre avuto un aspetto sanitario anche abbastanza «tosto», quindi spesso entravo in zona rossa, c'era una medicazione da fare, mi facevo dare il materiale dall'infermiera e la facevo io, così lei non entrava o ci entrava meno (OSS E).

**L'urgenza, i tempi contingentati, la necessità di adottare le precauzioni necessarie e ridurre i contatti fisici con gli ospiti delle strutture hanno contribuito a trasformare la cura in una serie di «operazioni meccaniche».**

Il problema è che noi infermieri siamo stati talmente assorbiti dal lato sanitario che il lato umano è passato molto in secondo piano (Infermiera G).

Magari prima si faceva il bagno e si stava lì a pettinare, ad asciugare i capelli, a mettere la crema, tutte queste cose, a fare le coccole per dire. [Adesso] non c'era il tempo, perché non si poteva entrare in camera e stare più di tot minuti, e poi perché non avevamo il tempo materiale perché fra vestirsi, svestirsi, cambiarsi... non c'era proprio tempo (OSS A).

Il mio operato era cambiato nell'approccio, le attività di igiene sono sempre state uguali, però nella parte dell'affetto non potevi fare [molto], potevi parlare, ma [...] non ti potevi avvicinare, abbracciare, in un momento in cui loro avevano proprio bisogno di questa cosa, di un abbraccio, di un bacio (OSS2 B).

**Gli operatori hanno dovuto prestare particolare attenzione a limitare e contenere la diffusione del virus nelle strutture in cui si trovavano, anche acquisendo nuove abitudini operative, seguendo specifici protocolli o, in generale, facendo caso ai propri comportamenti.**

Ci sono stati un paio di ingressi da poco tempo [...] che naturalmente per questioni di precauzione entrano dopo aver fatto un tampone e vengono tenuti comunque due settimane in isolamento e viene eseguito un secondo tampone (OSS C).

Tante cose che abbiamo fatto durante il periodo Covid... poi sono delle abitudini che cominci a prendere, ad esempio aprire la porta con il gomito [...], questo cambio di guanti continuo che magari prima del Covid cambiavi, sì, però... non tocchi la maniglia, cambi i guanti... Tutte queste cose qua sommate secondo me un po' sono servite anche per... perché tu prendi queste abitudini, di lavarsi sempre le mani, più di quello che facevi già, io penso che queste cose possano aiutare (OSS2 B).

Allora per tutelare gli ospiti abbiamo messo in atto un po' di responsabilità in più, cioè, ognuno si prendeva la sua responsabilità di [...] evitare di incontrare persone estranee (OSS1 D).

**Sui cambiamenti nella quotidianità all'interno della casa ha influito anche l'interruzione delle attività ricreative e di socializzazione che coinvolgevano gli ospiti fino a prima dell'arrivo dell'emergenza sanitaria.**

Prima si scherzava, si rideva, [...], organizzavamo anche delle mangiate, quindi adesso [...] non possiamo, non si fa più niente adesso (OSS F).

E poi mancava fare [...] qualche animazione e qualche attività che uno fa, li fa giocare a carte, ti metti a giocare, ti metti a leggere un giornale, ti metti a fare i gomitolini... (OSS A).

Nelle narrazioni degli operatori, inoltre, emerge spesso come sia stato indispensabile imporre agli ospiti dei divieti per salvaguardarne la salute e limitare la diffusione dei contagi.

Adesso gli ospiti si ritrovano con noi che siamo tutti mascherati, [diciamo]: «Non puoi scendere, non puoi andare di là, non puoi fare quello...». E qualcuno era abituato a fare la sua colazione di sotto, magari con calma, invece no, deve stare qua. È frustrante anche per loro sicuramente (OSS F).

### **L'impatto sugli ospiti: «Vedevo la loro disperazione»**

Durante l'emergenza sanitaria per gli ospiti delle strutture non sempre è stato facile comprendere cosa stava accadendo, e nemmeno per gli operatori era semplice fornire spiegazioni.

Noi [eravamo] tutti con la mascherina, con i camici, quindi anche loro si sono chiesti: «Cosa sta succedendo?» (Infermiera G).

I nuovi ingressi comunque devono passare quindici giorni in camera da soli, spesso non capiscono, [chiedono]: «Perché mi state tenendo qua?». Quindi, insomma, [è] davvero difficile (OSS E).

Poveretti, non è che riuscivano a capire più di tanto quello che stava succedendo. [...] Quelli che capivano qualcosa, che magari vedevano i parenti più spesso, a non vedere più i propri parenti chiedevano: «Ma perché non vieni?», «Perché non posso?», «Perché non posso andare di là e perché non posso andare di qua?» [e dicevano]: «A me hanno detto che io non posso venire di là perché non sto bene». [Io rispondevo]: «No, no, tu stai bene, sono gli altri che non stanno bene, allora bisogna che tu stia in camera» (OSS2 B).

Gli operatori raccontano di come in molti ospiti vi fosse comunque la percezione che il virus avesse stravolto la quotidianità della casa e li avesse privati delle proprie libertà individuali, come potersi muovere liberamente o mantenere le proprie abitudini. A questi vissuti personali ha sicuramente contribuito anche l'interruzione delle attività che prima dell'emergenza stimolavano gli ospiti e contribuivano a scandire lo scorrere del tempo all'interno della struttura.

Anche gli anziani compromessi cognitivamente sentivano che mancava quella quotidianità che c'era prima (OSS E).

È mancato anche andare a messa il sabato. Fanno tante attività, non le hanno fatte, stavano sempre chiusi in camera (OSS A).

Non facevano venire neanche i fisioterapisti, non li facevano venire [...]. E quindi, sì, alcune persone hanno sofferto (OSS E).

Il virus ha generato negli ospiti sentimenti di paura, senso di solitudine e abbandono e ha inciso profondamente sul loro umore. Nei racconti degli OSS emerge come l'epidemia abbia spesso cambiato gli ospiti, portando alcuni di loro ad avere reazioni di rabbia e aggressività o ad adottare comportamenti di rifiuto inusuali fino a poco tempo prima.

Vedevo proprio la loro disperazione, la paura, avevano una paura incredibile, incredibile.

[...] Mi è venuta in mente una signora che ha avuto il Covid ed è guarita, ma [che] non si è mai ripresa, non mangiava. Purtroppo poi è deceduta ed era una signora proprio storica del ricovero (OSS E).

Tu non sai neanche se quello che gli spieghi viene recepito, da un giorno all'altro non vedono più il marito, la moglie, il figlio che li venivano a trovare, quindi in alcuni casi probabilmente qualcuno si è anche un po' lasciato andare, perché probabilmente, non riuscendo a percepire il motivo per il quale il parente non veniva più, si è probabilmente sentito abbandonato a se stesso all'interno della struttura. Perché, come dico, [le persone con cui] si riesce ad avere una relazione ovviamente si sentivano al telefono anche con i parenti, quindi gli veniva spiegato il motivo, ma con molte altre persone ovviamente non è stato possibile.

[...] Per esigenze di reparto abbiamo dovuto spesso spostare gli ospiti da una camera all'altra e quindi alcuni hanno avuto più compagni di camera, con i quali ovviamente non si sono [più] trovati e quindi questa cosa ha fatto nascere in alcune persone quasi un rifiuto del contatto verso gli altri ospiti, cioè quasi un fastidio. Come se dicessero: «Io non ti voglio vedere, non ti voglio sentire, voglio stare per conto mio». Probabilmente questo è dovuto al fatto che per esigenze abbiamo fatto degli accoppiamenti di camera che probabilmente sono stati infelici, però nell'urgenza non abbiamo avuto tempo per pensare chi poteva stare con chi (OSS C).

Gli operatori nei loro racconti hanno messo in luce l'impatto che ha avuto sugli ospiti anziani la distanza dai propri cari, un'assenza difficile da colmare, perché accentuata dalla paura del contagio e della morte.

Ci siamo trovate anche a dover consolare alcune persone perché magari piangevano e dicevano: «Io vorrei vedere mia figlia», alcune magari avevano un caro a casa che comunque non stava bene e quindi avevano anche delle preoccupazioni [...] e dicevano: «Io non posso vederlo, non posso stargli vicino», quindi sicuramente dal punto di vista emotivo è stato molto difficile (OSS C).

Anche vedendo i propri familiari fuori, loro erano un attimino più allegri [...] quando dicevano: «Oggi deve venire mia figlia», anche se magari la figlia sta seduta qua e lei sta seduta lì, però sapevano che veniva [...], che venivano i nipoti, [...] c'era un contesto più di allegria (OSS2 B).

Restavi di più perché dovevi tenere la mano a questa signora che in quel momento era nel panico totale e diceva: «lo muoio e non vedrò mio figlio» (OSS E).

Gli anziani hanno inoltre sofferto l'assenza di gesti di vicinanza e affetto nei loro confronti.

L'affetto, capendo o non capendo, tu lo senti.

[...] Con questo virus non ti puoi avvicinare, dare un abbraccio, un bacio. In questo contesto non potevi fare queste cose qua, [...] mancava a loro, non lo potevano avere dai parenti, non lo potevano avere da noi. Era triste, questa cosa era triste (OSS2 B).

Il virus ha avuto ripercussioni anche sulle condizioni fisiche degli ospiti delle strutture, provocando un indebolimento della loro muscolatura e un peggioramento nelle autonomie individuali, in alcuni casi anche accelerando il processo verso la non autosufficienza. In una particolare situazione, che viene qui descritta, sembra che la persona si sia abituata all'immobilità e che quindi sia lei a opporsi ai tentativi degli operatori.

Una signora abbastanza giovane, credo non abbia più di settant'anni, prima stava sempre alzata di giorno, guardava la televisione, [...] adesso non vuole più uscire dalla sua camera, non si vuole più alzare, sta tutto il giorno a letto. Abbiamo cercato mille modi, mille strategie, però lei cercava le sponde perché voleva andare a letto, quindi abbiamo detto: «Se dobbiamo scegliere tra la rottura di un femore o rimanere a letto, stai a letto». Però questo ovviamente significa che lei girerà con il girello e fra un po' non sarà più in grado di girare (OSS C).

L'emergenza sanitaria ha avuto un forte impatto anche sulle persone con demenza. In questi casi nel racconto degli operatori emerge la difficoltà di rendere comprensibile a questi ospiti la situazione emergenziale, di motivare come determinati cambiamenti fossero necessari per il loro stesso bene e di riuscire a fare rispettare le regole. Peraltro gli operatori sottolineano come alcune strategie, come le videochiamate, si siano rivelate utili in molte situazioni, ma non in tutte.

Ad alcuni tu spiegavi che per ragioni di sicurezza, per la salute loro e di tutti, non potevano uscire dall'esterno della camera. Tu glielo dici adesso, fra trenta secondi si sono dimenticati. Quindi tu passavi metà della mattina a riprenderli e rimetterli dentro, perché loro non si ricordavano. [...] Con chi era affetto da demenza era un problema, [perché non si ricordavano] quello che gli dicevi. Magari loro sono abituati a toccare una cosa e mettersi le cose in bocca, a uscire dalla stanza, stringere la mano, abbracciarti quando tu vai dentro (OSS C).

Le persone con problemi cognitivi a volte urlano, a volte chiedono di uscire, di vedere la figlia, il figlio... Sì, stavamo lì, gli spiegavamo sempre, mille volte al giorno, che non si poteva o magari facevamo la telefonata o, quando è arrivato



anche il tablet, la videochiamata e quindi stavano più tranquilli. Alcuni stanno più tranquilli, altri si agitano di più quando fanno la videochiamata (OSS A).

Altri ospiti invece, sebbene siano stati comunque male, secondo me non si ricordano, oppure non si sono resi conto che comunque sono stati veramente male. Non hanno avuto la percezione della gravità della situazione (Infermiera G).

## **L'impatto sui familiari: guardarsi dalla finestra**

Con la diffusione del virus i familiari non hanno più potuto far visita ai propri cari per effetto della chiusura delle strutture ai visitatori esterni.

Quando è cominciata l'emergenza sanitaria ovviamente la prima cosa che hanno fatto è stato annullare le visite dall'esterno (OSS C).

Il virus ha avuto delle conseguenze negative non solo nel rapporto tra familiari e ospiti, ma anche nella collaborazione da parte delle famiglie ad alcune attività di cura realizzate nelle strutture, che costituivano un supporto anche per gli operatori stessi, oltre che per gli ospiti.

Prima i familiari entravano quando volevano, [...] ad esempio se un anziano stava male o c'era qualche situazione brutta, facevamo entrare un parente e restava la notte con noi, quindi c'era un rapporto molto stretto (OSS E).

Ci sono molti familiari molto presenti, molto attivi nei confronti del proprio anziano; magari c'è chi viene tutti i giorni, chi viene più volte al giorno, chi viene un po' più sporadicamente, c'è chi viene appunto apposta per stare in compagnia del proprio anziano o aiutarlo a imboccarlo, perché molti di loro non riescono e noi non avendo tanto tempo per farlo... facendolo loro, viene fatto più piano, con più calma. Sì, sono una risorsa, si collabora (OSS A).

Per quanto riguarda il nostro lavoro, sicuramente la mano che ci davano i parenti e che ci è venuta a mancare ci ha messo più lavoro sulle spalle (OSS C).

Gli operatori riportano di come fin dall'inizio della sospensione delle visite da parte dei parenti sia stato prioritario adoperarsi per ristabilire un collegamento tra gli ospiti e i propri familiari. Quest'ultimo dapprima è avvenuto telefonicamente e in seguito anche avvalendosi dell'utilizzo delle nuove tecnologie per la realizzazione di videochiamate, oppure mediante la libera iniziativa di qualche familiare che si accontentava di salutare il proprio caro dall'esterno della struttura.

All'inizio i parenti chiamavano al telefono di continuo, allora noi passavamo a chi potevamo passare, a chi parlava o [altrimenti] parlavano con noi o solitamente con la RAA o con l'infermiere per sapere lo stato di salute (OSS A).

# CAPITOLO 8

## Diritti degli anziani e doveri della comunità

*Monsignor Vincenzo Paglia*

La pandemia da Covid-19 ha colpito in primo luogo i soggetti più vulnerabili e, in particolare, gli anziani assistiti in Residenze Sanitarie Assistenziali o case di riposo. Tale situazione impone un profondo ripensamento delle politiche di assistenza socio-sanitaria nei confronti di queste categorie sociali fragili.

La Commissione, di cui mi è stata affidata la presidenza dal ministro della Salute Roberto Speranza, ha il compito di offrire idee, proposte e riflessioni in tale ambito: si tratta di promuovere un approccio globale e sociale alla fragilità e in particolare agli anziani.

Per questo la scelta dei componenti non si è ispirata solo al dato della competenza tecnica nel campo dell'assistenza medica, ma ha inteso abbracciare anche altri rilevanti campi del sapere e delle scienze umane, quali la filosofia, il diritto e la letteratura, proprio per assicurare una migliore comprensione della particolare condizione di vita delle persone anziane nelle variegate implicazioni di carattere umano ed esistenziale, oltre che medico e assistenziale.

Il primo atto della Commissione ha riguardato la ripresa in sicurezza delle visite dei familiari nelle residenze per anziani per scongiurare il fatto che si muore di solitudine e abbandono almeno quanto si muore di Covid.

In quest'ottica, la ricerca promossa dalla FNP CISL Emilia-Romagna e realizzata dall'Università Cattolica di Milano è preziosa, perché fa emergere l'insieme delle dimensioni sanitarie, sociali, relazionali, organizzative e strutturali.

Credo sia giunto il momento di aprire una profonda riflessione sui diritti degli anziani e i doveri della comunità.

Il problema gravissimo in Italia è la mancanza di un vero *continuum* assistenziale che accompagna l'anziano, non il fatto che esistano le RSA.

Ciò che invece colpisce è il regime di monopolio delle RSA. Per le RSA lo Stato spende circa 12 miliardi di euro all'anno, mentre per l'assistenza domiciliare soltanto 2 miliardi. Per questo è facile entrare in una casa di riposo, mentre è difficile ottenere un aiuto per rimanere a casa. Da qui l'esigenza di una riforma radicale dell'assistenza. Finché è possibile un anziano deve rimanere a casa.

Vi sono poi altre due scelte strategiche: la semiresidenzialità e i centri diurni, destinati a determinare un cambiamento delle RSA stesse, e inoltre la necessità di un attento servizio di monitoraggio e prossimità per i 4 milioni di ultraottantenni.

Siamo in presenza di una rivoluzione demografica realizzata in pochi decenni: la nascita della quarta generazione, effetto del forte prolungamento della vita media delle persone.

Questa rivoluzione non ha prodotto nella società, e nella stessa Chiesa, un pensiero all'altezza di questa sfida, che è innanzitutto culturale e spirituale. Di questa sfida deve far parte un'alleanza tra generazioni.

Rifuggiamo il giovanilismo, che è l'altra faccia della medaglia della «politica dello scarto».

Non lasciamo soli gli anziani, non li scartiamo!

Gli anziani sono una risorsa preziosa, da valorizzare, non da buttare via.

# CAPITOLO 9

## A partire dalla pandemia: proposte per il futuro<sup>1</sup>

*Piero Ragazzini*

Inizio raccontandovi quanto mi capitò di sentire a marzo dell'anno scorso, quando si riscontrarono i primi focolai nelle strutture residenziali per anziani. Un uomo e una donna, più sui cinquanta che sui quarant'anni, ben vestiti e apparentemente molto indaffarati, stavano commentando le prime notizie stampa sull'entrata del virus, oltre che negli ospedali, nelle strutture residenziali.

«Quante storie — diceva uno dei due — sono vecchi, è naturale che muoiano».

È una frase che poi ho risentito, e credo che sia capitato anche ad altri, magari con parole diverse, non così esplicite. A parte la rabbia e il senso di scandalo che mi assalirono, ricordo che rimasi bloccato, perché realizzai che in fondo quelle persone non sapevano di chi stessero parlando. «Vecchi» o «anziani» erano un'astrazione completa, una classe metafisica in cui, in maniera molto vaga, facevano rientrare tutti coloro che in fondo avevano già vissuto. Non stavano parlando di nessuno in particolare. Questo mi colpì: non avevano in mente nessuna storia, nessun nome. Probabilmente avevano ancora dei genitori, certamente anziani, ma sicuramente non pensavano a loro. Perché, in fondo, i vecchi che è naturale che muoiano sono sempre quelli di qualcun altro, sono sempre quelli che non vediamo e non conosciamo.

È un processo di disumanizzazione che operiamo costantemente quando contiamo queste classi, quando contiamo gli anziani non autosufficienti, piuttosto che i poveri, i profughi o i disoccupati. Abbiamo in mente degli status,

---

<sup>1</sup> Il capitolo riprende la relazione presentata al seminario *Ripensare i servizi per anziani in Emilia-Romagna. L'impatto sociale del Covid-19 sulle strutture protette*, tenutosi online in data 8 febbraio 2021.

una sorta di immagine sfocata che con il tempo sembra avere delle inevitabilità naturali. Ci sembrano tutte persone che hanno bisogno di qualcosa, e finiamo con l'essere un po' infastiditi da questo bisogno.

Eppure è proprio questo bisogno di qualcosa, questo bisogno degli altri la caratteristica comune a tutta l'umanità, all'inizio, alla fine, al centro, nel corso di tutta la nostra vita. Nessuno ce la fa senza l'aiuto degli altri, perché nessuno di noi è autosufficiente. Pensiamo di avere il controllo sulle nostre vite, ma non c'è nulla di quello che facciamo e proviamo che non dipenda dagli altri, ovvero dal quel complesso di interazioni e produzioni che è la società. È così ovvio che tendiamo a dimenticarcelo.

Affermo questo da segretario nazionale della categoria dei pensionati. Noi da anni ci battiamo perché venga approvata una legge quadro sulla non autosufficienza, perché si diano gambe al Piano Nazionale della Cronicità e allo sviluppo della sanità territoriale. Quello che mi preme evidenziare è che la cronicità, la disabilità e la non autosufficienza sono condizioni umane, di noi tutti, che in alcuni casi e percorsi diventano eclatanti o patologiche (e quindi contate come tali). Insomma, è la nostra umanità a non poter essere autosufficiente e proprio questa è stata la nostra forza, questo ci ha permesso — o obbligato, se vogliamo — a costruire la cultura, la società e i diritti.

Parlo di tutto questo perché la lettura delle testimonianze riportate nella ricerca mi ha emozionato in molti passaggi. Quei «vecchi» non autosufficienti o fragili sono spesso leonesse e leoni che hanno visto di tutto nella vita e che non si fanno spaventare. Persone con legami e relazioni che generano senso e, malgrado la terribile situazione, ancora così vivi da essere anche ironici. Penso ad esempio a quando, nel gruppetto degli intervistati, si dice che bisogna essere positivi e qualcuno ribatte: «Ah no, positivi meglio proprio di no!», ironizzando sul fatto che «essere positivi» — sentimento ottimistico e propositivo — è diventato il risultato al test diagnostico sul Covid-19. Questo riuscire a ridere insieme nelle sventure, anche solo per un momento, è una forza potente, che spesso noi vecchi abbiamo guadagnato dopo tanti anni di vita e anche tante esperienze che non sono proprio andate come volevamo, per scoprire, con il senno di poi, che spesso è andata bene così, che tutto sommato, per fortuna, è andata diversamente.

Siamo umani longevi, con tutti i vizi e forse qualche inaspettata virtù degli esseri umani. Questa è la prima riflessione e conferma che vedo nella ricerca. Storie di persone, con i loro vissuti, che si intrecciano e si arricchiscono con altre persone e altri vissuti, che si sostengono e condividono paure e speranze. Quando diciamo «non autosufficienti», «con disabilità» o «vecchi», stiamo parlando di noi, delle nostre stesse storie. Ci riguarda, sempre. Ringrazio allora questa ricerca e ogni altra che, al di là degli esiti, pone questa attenzione alla

valorizzazione del vissuto (dell'umanità) di quelle che altrimenti potrebbero essere astratte classi statistiche. Abbiamo bisogno di queste letture, ci danno forza.

Poi, è arrivato il momento di compiere finalmente determinate scelte politiche. «Non più rimandabili», abbiamo detto nel pieno della pandemia. Alcune hanno una lunga storia, come la nostra proposta di legge quadro sulla non autosufficienza e il relativo riconoscimento dei livelli essenziali insieme a quelli delle prestazioni sociali. Altre sono maturate anche in virtù dell'emergenza sanitaria. Abbiamo lavorato a una piattaforma dei pensionati e insieme al sindacato confederale abbiamo discusso e sostenuto il documento unitario di ottobre 2020, denominato *Finanziamenti ordinari e straordinari per la ripresa e il rilancio del welfare sanitario e socio-sanitario*. Il documento è stato poi condiviso con altre associazioni, fino a diventare l'appello *Finanziamenti Europei per la ripresa: usarli bene. Priorità: assistenza sociale e sanitaria territoriale*, del dicembre scorso, in cui è stata effettuata una prima stima di fabbisogni finanziari per circa 30 miliardi.<sup>2</sup>

La legge quadro sulla non autosufficienza deve garantire quanto segue.

- La promozione della salute e il diritto alla vita indipendente.
- L'assistenza alle persone non autosufficienti attraverso l'assistenza domiciliare e semiresidenziale, la qualificazione del lavoro di cura (con investimenti nella formazione), la connessione e la qualificazione del ruolo di assistenti familiari e caregiver, il sollievo e sostegno alle famiglie.
- La qualità e la sicurezza dei luoghi di cura: le strutture di ricovero devono essere organizzate in nuclei inseriti nel tessuto urbano e integrate nella comunità. Per le strutture socio-sanitarie vanno previsti dei criteri di accreditamento con requisiti strutturali, tecnologici e standard qualitativi del personale e dell'assistenza, vanno garantiti i controlli e la partecipazione delle organizzazioni sindacali (l'Emilia-Romagna da questo punto di vista è stata ed è un laboratorio, avendo già previsto, come per le strutture sanitarie, un sistema di accreditamento).
- L'abbattimento delle barriere architettoniche, l'adeguamento degli edifici, il diritto alla mobilità.

Questo si intreccia con il necessario potenziamento della sanità territoriale, ad esempio con la promozione delle case di comunità o case della salute e le strutture intermedie (o cosiddetti ospedali di comunità). Cito questi due esempi,

---

<sup>2</sup> L'appello è stato sottoscritto da un centinaio di associazioni ed è stato rivolto alla Presidenza del Consiglio, al Ministero della Salute, al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, alla Conferenza delle Regioni e all'ANCI, Associazione Nazionale Comuni Italiani.

consolidati come efficaci, perché riteniamo necessario mantenere i due indicatori previsti nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza presentato dal Governo, in cui si prevede di raggiungere entro il 2026 una casa di comunità (o casa della salute) ogni 24.500 abitanti e un ospedale di comunità ogni 80.000 abitanti.

Come sindacato, abbiamo alzato la voce e battuto i pugni per dire no, quando, nella prima bozza che si era vista del Piano Nazionale collegato ai finanziamenti europei, gli investimenti sulla sanità erano stati ridotti a briciole. Questo perché sappiamo che un servizio sanitario universale e accessibile e il dono della longevità sono, insieme all'istruzione, il migliore patrimonio che possiamo e dobbiamo lasciare ai nostri nipoti. Siamo ancora in emergenza, ma dobbiamo anche guardare avanti. Se da un lato è strepitosa la velocità con la quale si è riusciti a creare vaccini, dall'altro è evidente che la sanità deve agire nel territorio, ma essere globale nella sua missione. I virus non hanno confini e non è pensabile che siano invece i vaccini ad averli. È tempo di indire una nuova Alma-Ata<sup>3</sup> e di ristabilire il ruolo fondamentale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e della ricerca scientifica.

Infine, mi sono chiesto quale fosse il confine tra la denuncia (uscire sulla stampa per denunciare carenze o misfatti; come abbiamo fatto anche noi, ad esempio per rompere il silenzio sui primi focolai nelle RSA o, precedentemente alla pandemia, per denunciare casi di maltrattamenti) e lo stigma mediatico, di cui si parla anche nella ricerca e che emerge come comprensibile frustrazione e mortificazione nelle parole di alcuni lavoratori. Perché, diciamolo chiaramente, ci siamo sentiti tutti figli di un dio minore.

Come evitare, cioè, che la denuncia di storie drammatiche o di ingiustizie diventi «solo» un titolo facile e poi si trasformi in uno stigma che colpisce un'intera categoria? Penso serva proprio questo: farsene carico. Cercare sempre di conoscere e capire. Incontrare e ascoltare la realtà, che è quello che come Federazione Nazionale Pensionati e come CISL vogliamo continuare a fare, sempre.

È giusto che, come segretario nazionale dei pensionati, ringrazi tutte le lavoratrici e i lavoratori delle strutture protette, che hanno dato prova in questi mesi di grande dedizione al lavoro e ricchezza umana. Vanno valorizzati, perché noi siamo nelle loro mani e loro, in fondo, nelle nostre.

---

<sup>3</sup> Conferenza organizzata dall'OMS nel 1978 in Unione Sovietica sulle cure primarie e i determinanti della salute; già prevedeva l'invecchiamento della popolazione e lo sviluppo delle cronicità e auspicava il modello di sanità territoriale. Il nostro SSN, Servizio Sanitario Nazionale, istituito con la Legge 833/1978, è fondato sui quei valori.

# CAPITOLO 12

## Auto mutuo aiuto, welfare e sindacato

*Marcello Stecco*

### **Auto mutuo aiuto**

Auto aiuto significa volere ed essere in grado di aiutarsi. Un processo che non esclude l'aiuto dell'altro, anzi, ma lo prevede in termini sussidiari e non sostitutivi.

Si parla di mutuo aiuto, invece, quando si aiutano persone che ci aiutano a loro volta.

Nella metodologia del gruppo di auto mutuo aiuto si incrociano entrambe le dimensioni, dando origine al massimo di relazioni di aiuto reciproco; da qui si può affermare che la forza del gruppo è superiore alla somma della forza dei suoi singoli componenti.

Si tratta di parole e concetti entrati nel lessico e nella vita quotidiana di associazioni e servizi alla persona, ma non di rado la pratica concreta registra una distanza «tra il dire e il fare».

D'altronde occorre prendere atto che per un operatore e per un professionista non è facile riconoscere e praticare la reciprocità di aiuto nella relazione con il proprio utente, uscire cioè da un rapporto di dipendenza terapeutica tra chi aiuta e chi chiede aiuto, tanto più quando chi chiede aiuto possiede limitate risorse vitali.

Come chiarisce in termini inequivocabili Fabio Folgheraiter: «Di una cosa, io professionista del benessere, posso star certo, anche se non ho studiato Lévinas: quale che sia il mio stato attuale — che mi senta efficace/forte ovvero esaurito/esausto — è solo dall'incontro fiducioso con l'“altro da me” che io potrò operare. Se così non faccio, non sono un operatore sociale» (Folgheraiter, 2012).



## Auto mutuo aiuto: un po' di storia

La genesi è Alcolisti Anonimi. Questa associazione nasce nel 1935 negli Stati Uniti d'America dall'incontro tra un agente di Borsa di Wall Street, Bill, e il medico chirurgo Bob, entrambi alcolisti; i due, condividendo le loro esperienze e aiutandosi a vicenda, riescono a rimanere lontani dall'alcol.

Nasce così il primo gruppo di auto mutuo aiuto ad Akron, in Ohio, seguito da un secondo a New York e da un terzo a Cleveland.

Oggi nei 160 Paesi in cui è presente Alcolisti Anonimi esistono 100.000 gruppi di auto mutuo aiuto e milioni di alcolisti recuperati, diventati sobri.

Alla base del percorso terapeutico di Alcolisti Anonimi c'è il programma dei Dodici Passi (Alcoholics Anonymous, 1939), un cammino attraverso il quale, gradualmente e grazie al gruppo di auto mutuo aiuto, la persona raggiunge la sobrietà. Più la persona riesce a cambiare facendo propri i principi del programma, minori sono i rischi di una ricaduta.

I concetti di fondo contenuti nei Dodici Passi valgono per ogni dipendenza patologica: si calcola che nel mondo siano oltre duecento le organizzazioni che si rifanno a questi principi. Tra queste ricordiamo il CEIS, Centro Italiano di Solidarietà, fondato a Roma sul finire degli anni Settanta da don Mario Picchi (Picchi, 1994) e a Reggio Emilia da don Giuseppe Dossetti jr (Dossetti e Di Antonio, 2012), la cui filosofia viene letta insieme da genitori e familiari di persone tossicodipendenti all'inizio dell'incontro settimanale:

Siamo qui perché non c'è alcun rifugio dove nasconderci da noi stessi.

Fino a quando una persona non confronta se stessa negli occhi e nel cuore degli altri, scappa.

Fino a quando non permette loro di condividere i suoi segreti, non ha scampo da essi.

Timorosa di essere conosciuta, non può conoscere se stessa né gli altri: sarà sola.

Dove altro se non nei nostri punti comuni possiamo trovare un tale specchio?

Qui insieme una persona può, alla fine, manifestarsi chiaramente a se stessa, non come il gigante dei suoi sogni né il nano delle sue paure, ma come un uomo parte di un tutto con il suo contributo da offrire.

In questo terreno noi possiamo mettere radici e crescere, non più soli, come nella morte, ma vivi a noi stessi e agli altri.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> La filosofia del CEIS è contenuta in Dossetti (1993).

## Allargando lo sguardo

In questo orizzonte culturale e metodologico trovano piena cittadinanza i cardini della rivoluzione basagliana, la cui filosofia — di chiara impronta umanistica — prevede la partecipazione e il coinvolgimento di parenti, familiari e operatori (Basaglia, 2005).

Secondo il pensiero di Franco Basaglia, il malato è prima di tutto una persona, che migliora se sa prendersi cura di se stessa: questo cambiamento positivo si rafforza se diventa a sua volta un aiuto e una relazione reciproca che coinvolge paziente, famiglia e operatore.

La Legge n. 180, detta Legge Basaglia, viene approvata il 13 maggio 1978 e sancisce la chiusura dei manicomi.

Don Milani e la scuola di Barbiana (Milani, 1967), Paulo Freire e la pedagogia degli oppressi (Freire, 1971), Ivan Illich e la descolarizzazione (Illich, 1971) costituiscono punti di riferimento essenziali di questo orizzonte culturale.

A ben vedere, tuttavia, un embrione di tutto ciò si può intravedere anche nella Costituzione italiana. Cos'è il principio di sussidiarietà, enunciato nell'articolo 118, che permea l'intera nostra Costituzione se non un costante invito all'autonomia per lo sviluppo della persona e della comunità, un'autonomia dal basso a cui devono essere sussidiari i livelli superiori, sovraordinati? Un principio di «distanza istituzionale» come lo è nella relazione di auto mutuo aiuto la «distanza terapeutica», la «terapia centrata sul cliente» di Carl Rogers (2013).

Si può ritenere che il principio di sussidiarietà compaia per la prima volta in termini teorici e dettagliati nell'enciclica *Rerum Novarum* di Papa Leone XIII nel 1891.

## Auto mutuo aiuto e verità dell'uomo: un assunto antropologico

A ben vedere, il contenuto — il cuore — dell'auto mutuo aiuto ha una valenza di carattere generale, è un modo di concepire la realtà, una filosofia di vita.

In fondo, chi è l'uomo? «Un nulla in confronto all'infinito, un tutto in confronto al nulla, un qualcosa di mezzo tra nulla e tutto» (Pascal, 2013).

Miseria e grandezza dell'uomo stanno dunque insieme.

L'auto mutuo aiuto contiene un chiaro assunto antropologico: ogni uomo può aiutare se stesso, ogni uomo può aiutare un altro uomo. Con l'apparente paradosso che questa verità non solo è vera per tutti, ma può anche essere rafforzata per le persone che vivono o hanno vissuto profonde ferite esistenziali.

È ciò che Paolo di Tarso richiama con le parole di *Romani* 5, 20: «Dove abbonda il peccato sovrabbonda la grazia», o ciò che Fabrizio De Andrè ci

ricorda nella canzone *Via del campo*: «Dai diamanti non nasce niente, dal letame nascono i fior».

Una verità che ritroviamo in particolare nelle comunità terapeutiche: gli operatori che con un cammino di auto mutuo aiuto sono usciti dalla dipendenza patologica sono, mediamente, più autorevoli ed efficaci a livello professionale di quelli che non hanno vissuto questa esperienza.

### **Auto mutuo aiuto, qualità sociale e comunità**

Il welfare state da tempo sta manifestando una crisi strutturale e la risposta liberista, invece che risolvere, aggrava la «malattia».

Questa non è dovuta solo alla crisi finanziaria dello Stato, causata dalla diminuzione delle risorse contemporanea all'aumento della domanda. La crisi si è aggravata infatti anche a causa dell'aumento delle disuguaglianze sociali, perché l'approccio «a ogni bisogno un servizio» da un lato non fa i conti con il debito pubblico sempre più ingovernabile e dall'altro non assicura che l'aiuto arrivi realmente a chi ha più bisogno.

Liberismo e statalismo, opposti nella cultura, rischiano di produrre lo stesso effetto: l'aumento delle disuguaglianze.

I contenuti e la metodologia sociale dell'auto mutuo aiuto possono costituire la terza via dal punto di vista sia dell'efficacia (raggiungimento dell'obiettivo) sia della qualità sociale della comunità, portando a una crescita dell'umanizzazione nei legami di comunità — in sostanza, della coesione sociale.

Welfare, coesione sociale, auto mutuo aiuto; una relazione ben chiarita da Fabio Folgheraiter: «Un welfare davvero basato sulla mutualità deve mettersi su un piano di vera, radicale parità con le persone che soffrono e per le quali egli ufficialmente si preoccupa. In concreto questa parità si realizza consentendo all'aiutato di aiutare, al paziente di assurgere, per quanto possibile, al rango di terapeuta» (Folgheraiter, 2012).

### **Ricerca e auto mutuo aiuto**

La ricerca realizzata dall'Università Cattolica di Milano costituisce un esempio di come l'auto mutuo aiuto possa rappresentare una risorsa metodologica efficace in diversi ambiti di lavoro, in alcuni casi in termini deduttivi, in altri in termini espliciti.

Le curatrici della ricerca, ad esempio, affermano che la fonte di supporto e di coraggio percepita di gran lunga come fondamentale da tutte le coordinatrici

è stata il *sostegno reciproco tra operatori*. E ricordano anche che il servizio alberghiero messo a disposizione del personale a contatto con i malati di Covid-19 ha creato un'occasione di condivisione dei vissuti e delle difficoltà innescando dinamiche tipiche dell'auto mutuo aiuto; sottolineano inoltre che il sostegno interpersonale e l'auto mutuo aiuto passavano anche dal riconoscere il coraggio e la dedizione: quelli degli operatori, ma anche i propri.

La ricerca rileva tuttavia anche alcune opportunità mancate.

A proposito dei familiari degli ospiti, le curatrici evidenziano che i sentimenti, le difficoltà, i dilemmi, le emozioni dolorose che li hanno accompagnati nella maggior parte dei casi non sono stati affrontati confrontandosi con altri familiari di persone inserite nella stessa struttura.

Ciò che colpisce nel rapporto tra questa ricerca e l'auto mutuo aiuto è tuttavia l'importanza di quest'ultimo, che emerge nel settimo capitolo, dedicato alle riflessioni conclusive e agli spunti operativi. Qui le curatrici della ricerca, avendo a riferimento i contenuti principali emersi, esprimono alcuni orientamenti che assegnano all'auto mutuo aiuto una rilevanza decisamente strategica.

Per quanto riguarda gli operatori, sostengono che potrebbe essere utile strutturare percorsi di rielaborazione collettiva all'interno dei gruppi di lavoro con un taglio maggiormente narrativo e meno «terapeutico», ad esempio seguendo le indicazioni metodologiche dell'auto mutuo aiuto. In tal modo si potrebbero rivedere i percorsi e consentire, a chi lo desidera, di condividere i vissuti personali e legittimare le richieste di sostegno. Inoltre, la cura e l'accompagnamento del gruppo degli operatori appaiono indubbiamente come un aspetto cui dedicare particolare attenzione. Investire in quest'area nel tempo «ordinario» consente di costruire una solida base su cui contare anche nei momenti di crisi.

Ma come si sottolineava all'inizio, l'auto mutuo aiuto è una metodologia di lavoro che può svilupparsi nelle aree sociali e sanitarie più diverse. Non a caso nella parte conclusiva della ricerca, oltre che per gli operatori, emergono indicazioni anche per i familiari. L'esperienza dei gruppi di auto mutuo aiuto o dei gruppi di supporto tra parenti degli ospiti delle strutture protette è ampiamente documentata in letteratura, tra gli altri da Valentina Calcaterra (2013).

Ma il contenuto «rivoluzionario» dell'auto mutuo aiuto è ben descritto, per quanto riguarda il rapporto tra operatori e ospiti, laddove si rileva un rapporto «alla pari» tra gli stessi. Da un confronto tra le varie interviste emerge infatti come gli operatori, compresi i coordinatori, abbiano trovato la forza per affrontare la situazione negli ospiti e, viceversa, gli ospiti abbiano tratto la forza per andare avanti dagli operatori. Appare centrale, quindi, il valore della relazione, intesa come scambio paritario. Non si tratta di una cura in senso unidirezionale,

ma si può affermare che, mentre gli operatori forniscono assistenza, gli ospiti aiutano gli operatori ad aiutarli meglio.

### **L'auto mutuo aiuto e il Piano sociale e sanitario 2017-2019 della Regione Emilia-Romagna**

Cerchiamo ora di verificare la presenza di questa metodologia di lavoro all'interno del Piano sociale e sanitario 2017-2019 della Regione Emilia Romagna, una delle Regioni italiane che si caratterizza per un alto livello di integrazione socio-sanitaria e di innovazione del welfare.

Si registra un riscontro dell'approccio culturale che sottende l'auto mutuo aiuto già nei tre obiettivi strategici indicati:

- lotta a esclusione, fragilità, povertà;
- distretto come nodo nevralgico dell'integrazione sociale e sanitaria;
- promozione di strumenti nuovi di prossimità, come le case della salute, sedi di sperimentazione anche di un ruolo proattivo dell'utenza e della società civile, parte di un progetto che dovrà nascere in condivisione con la persona e con la sua famiglia.

Tale riferimento generale assume il carattere di un'indicazione programmatica nel capitolo «Verso un welfare comunitario, dinamico e delle responsabilità»:

I cittadini sempre più richiedono protagonismo nelle decisioni che riguardano la loro salute o quella dei loro familiari [...]. È importante quindi stimolare forme di cittadinanza attiva, [...] ad esempio il cosiddetto «chronic care model», la promozione dell'autonomia e dell'auto mutuo aiuto rappresentano strumenti utili a questo fine (Regione Emilia-Romagna, 2017a, p. 18).

Il concetto viene ripreso e rafforzato nel capitolo «Le aree di intervento trasversali», nella sezione «Politiche per la partecipazione e la responsabilizzazione dei cittadini. L'esercizio della responsabilità e l'*empowerment* come nodi del welfare comunitario».

Accanto al valore riconosciuto dell'auto mutuo aiuto si sottolinea anche l'effetto di queste esperienze nelle motivazioni professionali degli operatori, facendo emergere il contenuto più profondo dell'auto mutuo aiuto: la sua dimensione «alla pari».

Importante e significativo è stato infine il sostegno dato negli ultimi anni alle numerose esperienze di avvio di gruppi di auto mutuo aiuto. A questi ormai

unanimemente si riconosce un significativo valore in quanto favoriscono la responsabilizzazione delle persone, facendone emergere le risorse e spesso generando e attivando esperienze di associazionismo e volontariato. [...] Tutte queste esperienze si sono rivelate molto utili anche a comprendere bisogni rimasti inespressi, opportunità e risorse territoriali, a motivare gli operatori nello svolgimento del loro lavoro, a individuare e avviare soluzioni innovative (Regione Emilia-Romagna, 2017a, p. 46).

A confermare l'importanza dell'auto mutuo aiuto nel Piano sociale e sanitario regionale contribuiscono le schede attuative di intervento; nello specifico, la scheda 28 è dedicata alla «Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari». Le parole e i concetti espressi sono molto impegnativi e significativi.

Il concetto di auto mutuo aiuto presuppone quindi:

- l'assunzione di responsabilità personale sulla propria condizione di disagio, il bisogno di superare l'isolamento;
- che ogni persona sia considerata sì come portatrice di sofferenza ma anche e soprattutto come risorsa, ognuno come massimo esperto del proprio disagio;
- l'ascolto dell'altro come metodologia fondamentale;
- l'obiettivo di cambiare se stessi più che le strutture esterne (Regione Emilia-Romagna, 2017b, p. 68).

I contenuti e gli obiettivi del Piano sociale e sanitario regionale trovano poi un riscontro nel monitoraggio sull'attuazione dello stesso, con un riferimento puntuale alla scheda 28 sopra richiamata.

A proposito di auto mutuo aiuto, si registra che è stato istituito, all'interno della Consulta regionale per la salute mentale, un gruppo di lavoro di facilitatori e utenti della salute mentale. Capofila di questo progetto è l'AUSL di Reggio Emilia, città in cui è stato effettuato il primo corso finalizzato all'ottenimento della qualifica di orientatore esperto nel supporto tra pari.

Il monitoraggio registra inoltre che in diciotto piani di zona sono state proposte azioni specifiche dirette a promuovere l'auto mutuo aiuto e il supporto alla creazione di utenti esperti in salute mentale.

Per quanto riguarda l'auto mutuo aiuto per alcolisti e dipendenti da gioco d'azzardo e loro familiari, il 24 aprile 2018, nel corso del mese della prevenzione alcolologica, si è svolto presso la Regione Emilia-Romagna un corso di formazione sull'auto mutuo aiuto in alcolologia diretto da dottori dell'area di medicina generale. In ventiquattro piani di zona, inoltre, sono state proposte azioni specifiche dirette a promuovere l'auto mutuo aiuto per alcolisti e dipendenti da gioco d'azzardo e loro familiari.

Infine, l'AUSL di Bologna ha promosso un progetto di messa in rete di tutte le esperienze di auto mutuo aiuto nell'area metropolitana.