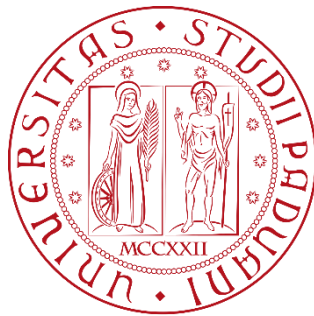


UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE E STUDI
INTERNAZIONALI

Corso di laurea Magistrale in Innovazione e Servizio Sociale



PANDEMIA E COMUNITA' RESIDENZIALE PER ANZIANI

Presentazione di un progetto di ricerca sul vissuto e sulle strategie organizzative per far
fronte all'emergenza messe in campo dagli operatori della Comunità Residenziale
"Valentino Sarcinelli" di Cervignano del Friuli (UD)

Relatore: Prof. DANIELE NIGRIS

Laureando: JACOPO GAMBERINI

Matricola N.: 1239838

A.A. 2022/2023

Questo elaborato è dedicato a mio nonno Gian Pietro e a tutti gli anziani che sono morti durante la pandemia senza il conforto dei propri cari.

INDICE

Introduzione

Capitolo 1 – “L’anziano e il sistema residenziale assistenziale”

1.1 La condizione dell’anziano

1.2 L’istituzionalizzazione dell’anziano

1.3 Il sistema residenziale assistenziale sanitario in Italia: storia, tipologie di servizi assistenziali e caratteristiche

1.4 Quadro normativo sulle RSA: legislazione nazionale ed europea

1.5 Quadro normativo di riferimento sulle RSA nella regione Friuli – Venezia Giulia

1.6 Profilo di comunità dell’Ambito Agro Aquileiese nella regione Friuli – Venezia Giulia

Capitolo 2 – “La pandemia da COVID – 19”

2.1 La pandemia, impatto sulle persone e sul sistema sanitario nazionale

2.2 Legislazione nazionale per fronteggiare la pandemia da Covid 19

2.3 Legislazione regionale per fronteggiare la pandemia da Covid 19

2.4 Disposizioni europee per la limitazione della pandemia nelle RSA

2.5 Disposizioni nazionali per la limitazione della pandemia nelle RSA

Capitolo 3 – “Il virus e l’impatto psicologico della pandemia COVID – 19”

3.1 Effetti psicologici durante le pandemie precedenti

3.2 Risvolti psicologici nella popolazione generale

3.3 Risvolti psicologici nei professionisti in prima linea

Capitolo 4 – “Organizzazioni e sistemi”

4.1 Organizzazioni e sistemi

4.2 Il cambiamento nelle organizzazioni

Capitolo 5 – “I cambiamenti nella Comunità Residenziale “V. Sarcinelli” di Cervignano del Friuli durante la pandemia da Coronavirus – le testimonianze degli attori principali”

5.1 Introduzione alla ricerca

5.2 La Comunità Residenziale “V. Sarcinelli” prima dell’avvento della pandemia

5.2.1 Istituzione ed evoluzione del servizio

- 5.2.2 *Principi e filosofia*
- 5.2.3 *Struttura e tipologia di utenza*
- 5.2.4 *Operatori presenti*
- 5.2.5 *Attività e prestazioni*

5.3 La struttura della ricerca

- 5.3.1 *Metodologia di ricerca e obiettivi*
- 5.3.2 *La traccia d'intervista*
- 5.3.3 *Il campione*

5.4 L'esperienza di ricerca dentro la Comunità Residenziale "V. Sarcinelli"

- 5.4.1 *Le criticità tecnico – organizzative*
- 5.4.2 *Emozioni e sensazioni provate*
- 5.4.3 *L'importanza delle relazioni*
- 5.4.4 *Riflessioni*

Conclusioni

Bibliografia

INTRODUZIONE

Alla base di questo studio vi è l'analisi sociale della Comunità Residenziale per anziani "V. Sarcinelli" situata a Cervignano del Friuli (UD), Comune di mia residenza, durante questi ultimi tre anni nei quali si è stati colpiti dalla pandemia da Covid – 19. Lo scoppio di questa pandemia a livello globale ha avuto un impatto considerevole sulle nostre vite: paura, isolamento e stress sono solo una parte degli effetti negativi causati. Ma quali sono state allora le conseguenze sulle persone chiamate "più fragili" dai mass media, come ad esempio gli anziani, obbligate a restare chiuse nelle Strutture Socio-Assistenziali?

Il bombardamento mediatico, il terrore del contagio, la sospensione delle visite di familiari e amici, la diminuzione o addirittura la cancellazione delle attività ludico/ricreative hanno avuto dei risvolti enormi sull'equilibrio psicofisico e sulla routine quotidiana di queste persone.

All'interno delle Strutture Residenziali per Anziani, ci sono diverse figure professionali che si sono trovate a combattere il virus ed a riorganizzare drasticamente il loro lavoro, cercando per quanto possibile di mantenere una stabilità fisica e psicologica che si contrapponesse allo stress e al disagio portato dalla pandemia.

Ho studiato come un Servizio di questo tipo, abbia dovuto intervenire sulla gestione e l'organizzazione generale attraverso il recepimento e la traduzione della normativa nazionale e regionale; e di come il tutto possa o meno aver mutato il modo di pensare e guardare, anche rispetto al futuro, determinate tematiche e dinamiche.

Le motivazioni che mi hanno spinto ad approfondire l'argomento hanno una duplice natura. In primis l'interesse per il tema è stato incentivato dall'esperienza lavorativa all'interno dei servizi sociali del Comune di Cervignano del Friuli. Sebbene seguissi casi di minorenni con disabilità, sono sempre stato coinvolto dalle vicende riguardanti le altre aree d'intervento ossia l'inclusione sociale e la non autosufficienza. Inoltre, penso che l'integrazione tra sociale e sanitario sia alla base ormai della metodologia d'intervento del professionista assistente sociale, argomento avallato oltretutto dalla normativa nazionale e regionale. Ho supposto che il miglior modo per indagare questo fosse il contesto di una struttura residenziale per anziani. Ho avuto la fortuna di potermi mettere facilmente in contatto con la Responsabile della Comunità Residenziale, la quale ha accettato di buon grado la mia proposta di ricerca.

In secondo luogo, ho vissuto personalmente un'esperienza collegata al tema in quanto un mio familiare era presente nella Struttura durante il corso della pandemia. Mi sono perciò appassionato all'intero sistema inserito in quel determinato contesto, con l'obiettivo di approfondire e studiare i legami, le relazioni, il lavoro ed i cambiamenti specifici di questo particolare periodo storico.

La tesi è articolata in cinque capitoli: nel primo capitolo viene fornita un'introduzione generale riguardante la condizione dell'anziano e di quale sia il significato del concetto di istituzionalizzazione di una persona anziana. Il capitolo prosegue poi con la descrizione del sistema residenziale assistenziale sanitario in Italia attraverso un excursus storico e normativo. Infine, il capitolo si conclude con un'analisi dei rischi e delle vulnerabilità del territorio dell'Ambito Agro Aquileiese (dov'è localizzata la Struttura) dal punto di vista sociodemografico, sanitario, lavorativo e educativo. Nel secondo capitolo viene approfondito l'impatto della pandemia da Covid – 19 sulle persone e sul sistema sanitario nazionale. Tale capitolo descrive anche tutto il quadro normativo emanato in occasione della pandemia sia dal punto di vista nazionale che da quello europeo, con un accenno anche alla legislazione della Regione Friuli – Venezia Giulia. Il secondo capitolo procede ad imbuto in quanto passa dal macro-argomento che concerne la pandemia a livello generale fino ad arrivare alle disposizioni normative riguardanti le Strutture Residenziali per Anziani in tempo di Covid.

Il terzo capitolo affronta l'argomento della pandemia ma dal punto di vista degli effetti psicologici che ha portato, in primis facendo un confronto con le pandemie precedenti, poi in secondo luogo osservando le conseguenze nella popolazione generale e più specificatamente nei professionisti sociosanitari coinvolti direttamente.

Nel quarto capitolo si pone l'accento sul concetto di organizzazione, il quale verrà inteso sia in termini di mera e propria gestione organizzativa che in termini di figure professionali e lavoro d'equipe. In questo capitolo si evidenzia l'importanza del lavoro di rete, immaginando la RSA come un'organizzazione che si fonda, oltre che sul lavoro fisico/pratico anche sul lavoro relazionale. L'importanza della comunicazione, delle nuove tecnologie e dell'integrazione sociosanitaria fa in modo che ci possa essere una risposta più efficace e tempestiva anche in situazioni di emergenza e cambiamento come è successo in questi anni.

Infine, nel quinto ed ultimo capitolo viene illustrata la ricerca svolta all'interno della Comunità Residenziale "V. Sarcinelli". Essa vuole indagare il fenomeno della pandemia all'interno di un servizio istituzionale composto da operatori e ospiti, con l'intento di verificare e riportare quali siano stati i cambiamenti organizzativi e relazionali e che cosa il Coronavirus potrebbe aver portato, sia di positivo che di negativo sul pensiero rispetto ad una struttura residenziale. La ricerca sarà esposta attraverso le testimonianze di diversi professionisti e ospiti presenti nella Struttura, i quali hanno dato la disponibilità a sottoporsi ad un'intervista con traccia mista, alla quale sono stati liberi di rispondere nel modo che ritenevano più opportuno. Importante è stato osservare le diverse professionalità presenti al fine di analizzare i differenti punti di vista.

CAPITOLO 1 – “L’anziano e il sistema residenziale assistenziale”

1.1 La condizione dell’anziano

A partire dagli anni '50 del secolo scorso, il progressivo miglioramento delle condizioni socio-sanitarie, la maggiore equità di risorse economiche ed ambientali e lo sviluppo graduale della medicina di precisione hanno contribuito, a livello globale, ad un aumento dell’aspettativa di vita. Si stima che entro il 2050 la proporzione di anziani tenderà a raddoppiare, passando dall’11 al 22% della popolazione totale, mentre nei prossimi 5 anni, per la prima volta nella storia dell’umanità, il numero di individui di età uguale o superiore a 65 anni, supererà quello dei bambini al di sotto dei 5 a causa della scarsa natalità. L’incremento della popolazione anziana, soprattutto nella fascia degli ultraottantenni, sarà più evidente nei Paesi industrializzati, ma coinvolgerà, parallelamente, anche quelli in via di sviluppo¹.

Da un punto di vista biologico, l’invecchiamento consiste nell’accumulo di un’ampia varietà di danni molecolari e cellulari responsabili, nel tempo, di una riduzione delle capacità fisiche e mentali e di un crescente rischio di malattia². Tuttavia, la definizione del concetto di senilità non si limita ai cambiamenti fisiologici che caratterizzano gli individui in terza età, ma assume un’accezione più ampia nella quale sono inclusi aspetti statistici e demografici, assistenziali, oltre agli stati emotivi legati a fasi di transizione della vita come la pensione, il trasferimento in alloggi più appropriati o la morte di amici e partner. Sebbene la fascia di popolazione anziana sia la più eterogenea rispetto al resto della collettività e l’invecchiamento rappresenti un fenomeno altamente differenziato, dinamico e non lineare, il criterio di valutazione più immediato resta quello che attinge all’età del soggetto e considera “anziani” gli individui a partire da 65 anni di età. In Italia, l’invecchiamento della popolazione è stato uno dei più rapidi negli ultimi cinquant’anni e si prevede che la quota di ultrasessantacinquenni ammonterà al 35,9% della popolazione totale, con un’attesa di vita media pari a 82,5 anni, 79,5 per gli uomini e 85,6 per le donne entro il 2050³. La maggiore longevità delle donne è indubbiamente dovuta alle differenze di genere legate allo stile di vita: nonostante gli uomini siano, di solito, più longilinei, robusti da un punto di vista fisico ed abituati a svolgere lavori manuali più pesanti, le loro abitudini e scelte quotidiane scorrette contribuiscono ad avvantaggiare le donne in termini di sopravvivenza.

¹ <https://www.epicentro.iss.it/ben/2012/aprile/2>

² World Health Organization: “Ageing and health”, 4 October 2021

³ United Nations. *World population ageing 1950-2050* ([www.un.org/esa/population/...](http://www.un.org/esa/population/))

In generale, gli uomini sono maggiormente propensi all'alcolismo e al tabagismo, principali fattori di rischio per l'insorgenza di patologie cardiovascolari, tumore ai polmoni, broncopatia cronica ostruttiva e cirrosi epatica e hanno una probabilità di morte più elevata in contesti occupazionali o volontari (suicidi, omicidi o guerre) rispetto al sesso femminile. Le donne, per contro, sono più attente alla cura di sé, mangiano in modo più salutare e si dedicano al loro benessere psicofisico. Anche i fattori ormonali contribuiscono alla significativa differenza di longevità tra uomini e donne: nel sesso femminile gli estrogeni esercitano un effetto cardioprotettivo maggiore rispetto al testosterone, i cui livelli circolanti, più elevati negli uomini, promuovono meccanismi di vasocostrizione e flogosi. Inoltre, il rapporto tra estrogeni ed androgeni tipico delle donne sembrerebbe rafforzare il sistema immunitario e conferire una maggiore protezione nei confronti delle malattie infettive e di quelle croniche per tutta la durata della vita⁴.

Ad ogni modo, nonostante l'incremento della longevità in entrambi i sessi abbia rappresentato negli ultimi tempi una grande conquista, dall'altro lato si è verificata un'inversione di tendenza nelle patologie emergenti. Da un contesto in cui erano prevalenti le malattie infettive e carenziali, si è passati ad una preponderanza di disordini cronico – degenerativi, tant'è che nei Paesi avanzati il maggiore carico di malattia, misurato in anni di vita e corretto per disabilità, è attribuibile a patologie cardio e cerebrovascolari e a disturbi neuropsichiatrici, quali depressione, Alzheimer e varie forme di demenza senile⁵. Ma le comorbidità che rendono l'anziano fisicamente più fragile, si sviluppano in parallelo a processi di declino cognitivo, emotivo e sociale⁶, incompatibili con l'obiettivo di "invecchiamento sano". L'avanzare dell'età incide infatti sulle capacità di ragionamento, sulla memoria a breve termine e sull'apprendimento, compromettendo parzialmente normali attività giornaliere e l'autonomia della persona. In assenza di trattamenti medici specifici per l'eziopatogenesi dei disturbi cognitivi lievi, si può tentare di prevenirne la comparsa e ridurne l'impatto attraverso tecniche di training cognitivo che mantengono attive le aree cerebrali coinvolte⁷.

È pur vero che l'invecchiamento comporta una maggiore sensibilità nell'anziano e difficoltà a gestire le proprie emozioni. L'esperienza e la piena consapevolezza delle difficoltà della vita amplificano il senso di sconforto e di solitudine dovuto all'allontanamento dei figli dal nucleo familiare o al pensionamento, raramente vissuto come un momento gioioso e più spesso causa di isolamento sociale.

⁴ Harris, R. *"Epidemiology of chronic disease: global perspectives"*. Second edition, 2019

⁵ Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL (Ed.). *Global burden of disease and risk factors*. Washington (DC): World Bank; 2006.

⁶ Mazzucco C., *Promuovere l'età anziana*, Brescia, Pensa Multimedia, 2012.

⁷ Scortegagna R., *Invecchiare*, Bologna, Il Mulino, 2005.

In alcuni casi, la rottura di equilibri consolidati destabilizza la persona anziana al punto tale da comprometterne lo stato di salute e da agevolarne la progressiva perdita dell'autonomia. La mancanza di forza muscolare e la maggiore fragilità ossea, tipiche dell'invecchiamento, risultano invalidanti per lo svolgimento di banali attività quotidiane ed implicano una riorganizzazione della vita, rendendo necessario il ricorso a strutture assistenziali. Nell'ottica di promuovere un mantenimento dell'autosufficienza e della qualità di vita dell'anziano, oltre ai trattamenti riabilitativi specifici per le patologie presenti, l'obiettivo è quello di intervenire a scopo preventivo, in modo da minimizzare i fattori di rischio e favorire contemporaneamente l'integrazione del soggetto nel proprio contesto sociale e l'accesso ai servizi sanitari⁸.

1.2 L'istituzionalizzazione dell'anziano

Il rapporto sempre più sfavorevole tra popolazione attiva e non attiva, conseguenza dell'attuale aumento della speranza di vita, richiede una ridefinizione delle risorse destinate alla fascia di popolazione anziana, in cui è più alto il rischio di malattia e la perdita di autosufficienza. L'invecchiamento infatti è spesso associato alla coesistenza, nello stesso individuo, di patologie multiple come dimostrato da studi che riportano la comorbidità di 4,9 patologie in soggetti tra 65 e 79 anni e di 5,4 nella popolazione di ultraottantenni⁹. Soprattutto in presenza di patologie croniche, la comorbidità incrementa il rischio di disabilità e di morte in maniera notevolmente più significativa rispetto ai casi di malattia singola. Diventa così un importante determinante dello stato di salute da un punto di vista clinico e funzionale in relazione alla complicata gestione organizzativa e dei costi dei servizi sanitari, ma rappresenta anche un fattore prognostico di mortalità in età geriatrica¹⁰.

Da questa categoria di paziente complesso, si distingue la figura dell'anziano fragile, per cui è prevista una maggiore cura assistenziale. Negli anziani fragili, oltre alle disfunzioni fisiche legate alla coesistenza di più malattie, si associano problematiche sociali ed economiche che li rendono più suscettibili ad eventi stressanti legati alla senilità.

Il declino funzionale risulta accelerato in questi pazienti e comporta una maggiore difficoltà di recupero in seguito ad eventi traumatici e in generale ad un peggioramento della qualità e dell'aspettativa di vita. Diversi gruppi di ricerca hanno cercato di caratterizzare la condizione di

⁸ Scholl I, Zill JM, Härter M, Dirmaier J. *An integrative model of patient-centeredness—a systematic review and concept analysis*. PLOS ONE, 2014

⁹ Greenfield S, Aronow HU, Elashoff RM, et al. "Flaws in mortality data. The hazards of ignoring comorbid disease", JAMA, 1998, p. 2253-2255

¹⁰ Librero J, Peirò S, Ordinana R, et al. "Chronic comorbidity and outcomes of hospital care: length of stay, mortality and readmission at 30 and 365 days", J Clin Epidemiol, 1999, p. 171-179

fragilità, identificando nella malnutrizione e nella sarcopenia i principali aspetti correlati ad una perdita di energie, forza ed equilibrio. Ad una condizione di fragilità si associa infatti, un maggior tasso di ospedalizzazione e di riospedalizzazione dei pazienti a breve e lungo termine e alla comparsa di complicanze mediche.

Figura 1: Definizione di fragilità



Fonte: Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. "Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype". J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001; 56: 146-56.

In aggiunta ai cambiamenti fisiologicamente dovuti all'invecchiamento, questo modello riconosce il contributo di malattie acute e croniche nella genesi della fragilità. Attraverso la quantificazione di alcuni parametri quali la perdita di peso, la debolezza muscoloscheletrica, la riduzione della velocità del passo, la scarsa capacità di praticare esercizio fisico e la minore resistenza alla fatica, è possibile identificare tre categorie di pazienti: soggetti non fragili (punteggio 0), soggetti pre-fragili (punteggio 1-2), soggetti fragili (punteggio 3-5) in cui si innescano meccanismi concomitanti che possono generare un quadro sindromico. La gestione del paziente fragile richiede pertanto un costante monitoraggio al fine di contenere il decadimento funzionale la cui progressione determina, per contro, un invecchiamento patologico. Le strutture residenziali o semi – residenziali rappresentano, per necessità o per scelta, l'unica soluzione praticabile quando l'anziano perde gradualmente l'autonomia¹¹.

L'istituzionalizzazione consiste nella necessità di ricovero in strutture che forniscono assistenza medica e psicologica a breve o lungo termine, e costituisce un evento particolarmente critico sia per

¹¹ Censi A., *Familiarizzare i servizi per anziani. Il quotidiano lavoro per aiutare a invecchiare vivendo*, Animazione Sociale 2013, p. 71-81.

l'anziano, chiamato ad abbandonare i propri affetti e le proprie abitudini, sia per il familiare che ricorre a questi centri per fronteggiare una situazione di bisogno¹². In una fase di grandi cambiamenti sociali, fisici ed emotivi che causano una diminuzione degli stimoli, della gratificazione e delle responsabilità, la propria casa diventa un rifugio rassicurante in cui sentirsi protetti e racchiudere vecchi ricordi. Per questo motivo è facile che il trasferimento in centri assistenziali inneschi nell'anziano un senso profondo di disorientamento e abbandono che si manifesta con l'aumento dell'apatia e sfocia in disinteresse e rifiuto per il nuovo ambiente. Il nuovo stile di vita rischia di non stimolare la mente con la possibile conseguenza che l'anziano possa cadere in uno stato depressivo, privo di scopi e di interessi anche quando le nuove condizioni risultano migliori rispetto a quelle lasciate alle spalle. Molti anziani vivono da soli prima del trasferimento in queste residenze ed acquisire consapevolezza di una nuova vita all'insegna della collettività potrebbe essere inizialmente traumatico. In altri casi l'impatto è più che positivo e grazie all'accoglienza e al senso di sicurezza dato dall'assistenza sanitaria, l'anziano accetta volentieri le nuove occasioni di contatto sociale e il suo organismo risponde meglio alle cure mediche.

In generale, l'inserimento in un centro assistenziale comporta reazioni psicologiche personali e oggettive differenti che possono essere distinte in tre fasi¹³:

- Il ricovero. Nel periodo iniziale i cambiamenti emotivi che l'anziano deve affrontare sono legati alle cause e alle modalità con cui è stata scelta l'ospedalizzazione. Spesso la decisione di istituzionalizzare un familiare è influenzata dall'impossibilità di prendersi cura della persona anziana affetta da patologie particolarmente invalidanti (Parkinson, Alzheimer), dalla difficoltà di nella gestione quotidiana per problemi fisici dell'anziano (obesità, disabilità, difficoltà nella deambulazione), da problemi economici che non permettono l'accudimento del proprio caro nel contesto domestico, da conflitti familiari dovuti al fatto che l'assistenza di una persona anziana può comportare un clima di tensione all'interno della famiglia. Questa fase altera profondamente anche l'equilibrio emotivo del caregiver che decide per l'istituzionalizzazione del proprio parente.
- La "sindrome del primo mese". La tempistica è molto indicativa ma si riferisce alle difficoltà adattative che l'anziano riscontra al momento del trasferimento nella nuova struttura. Il senso di confusione mentale e disorientamento per aver abbandonato la propria dimora si ripercuotono nel rifiuto e ostilità per il nuovo contesto, percepito come causa di limitazione

¹² Censi A., *Familiarizzare i servizi per anziani. Il quotidiano lavoro per aiutare a invecchiare vivendo*, Animazione Sociale 2013, p. 71-81.

¹³ Pedrinelli L., *“Le ripercussioni emotive del caregiver familiare quando istituzionalizza l'anziano”*, 2016

alla propria libertà individuale. Non è raro che il forte stress psicologico si traduca in una riduzione delle prestazioni cognitive.

- L'accomodamento. Dopo il periodo di smarrimento iniziale, l'anziano ristabilisce le sue nuove abitudini e recupera lo stato di salute che precedeva il ricovero, oppure potrebbe essere indotto ad un progressivo declino psicofisico¹⁴.

Diversi fattori di stress possono innescare il deterioramento dell'anziano, a partire dal suo vissuto psicologico e dal suo temperamento, fino all'inadeguatezza del trattamento assistenziale. Il trasferimento nelle strutture di ricovero è spesso interpretato come una minaccia allo spazio personale dell'individuo che contribuisce alla perdita dei contatti con i familiari e delle relazioni con il vicinato o con gli amici di vecchia data. La routine quotidiana della struttura e la socializzazione con altri ospiti possono essere vissute con senso di costrizione ed essere così sinonimo di mancanza di controllo sulle proprie attività e di perdita di dignità nella sua accezione più umana.

Risulta fondamentale far comprendere all'anziano che l'istituzionalizzazione non comporta la perdita della propria autonomia e reputazione, ma al contrario si configura come un'occasione di dialogo e confronto con altri pazienti ed evitare l'isolamento sociale. Per facilitare il suo ingresso in residenza è utile anticipare le caratteristiche del luogo in cui andrà ad inserirsi, illustrandogli le attività che verranno svolte, lo stile di vita che adotterà e gli spazi condivisi. Questo favorisce l'adattamento a medio e lungo termine e rassicura l'anziano sul mantenimento dei rapporti interpersonali e sulla continuità della relazione con i familiari, aspetti importantissimi in questa fase delicata della vita¹⁵.

Molti autori concordano sul valore del senso di autosufficienza, della percezione del proprio stato di salute, del supporto ambientale e della soddisfazione residenziale, nei suoi aspetti organizzativi e sociali, come fattori prognostici positivi di adattamento in una casa di cura¹⁶. Pertanto, anche la possibilità di personalizzare la propria camera, per garantire un senso di protezione e di appartenenza in un luogo inizialmente sconosciuto, costituirà un'occasione per l'anziano per creare spazi intimi all'interno di una nuova abitazione. La percezione di un sostegno emotivo e il perdurare dei rapporti affettivi influiscono su una buona valutazione della struttura residenziale e agevolano l'instaurarsi di legami con il personale e con gli altri pazienti.

Le nuove conoscenze non devono ostacolare tuttavia il rapporto con la propria famiglia: è fondamentale promuovere occasioni di ritrovo con le persone care in modo da preservare l'intimità del nucleo familiare. Inoltre, la socializzazione e la cooperazione possono essere stimolate

¹⁴ Castaldo A., *La valutazione della soddisfazione degli operatori in RSA*, 2008

¹⁵ Nenci, A.M., *Profili di ricerca e intervento psicologico-sociale nella gestione ambientale*. FrancoAngeli 2003

¹⁶ Nenci, A.M., *Profili di ricerca e intervento psicologico-sociale nella gestione ambientale*. FrancoAngeli 2003

proponendo attività manuali, ricreative o ludiche che siano il pretesto per allenare le funzionalità cognitive. Attraverso lavori in gruppo l'obiettivo è quello di mantenere, e se possibile potenziare, le capacità mentali residue intervenendo su aree cerebrali spesso compromesse negli anziani come quelle che regolano la memoria, il linguaggio e l'attenzione¹⁷.

Per affrontare la sfida dell'invecchiamento della popolazione si rende necessaria una riorganizzazione del sistema sociosanitario al fine di ridurre i casi di ospedalizzazione ed incentivare gli interventi sul territorio mirati alla prevenzione, alla riabilitazione e al sostegno motivazionale ed economico dell'anziano e della sua famiglia. Una soluzione a questa emergente necessità potrebbe essere quella di fornire una rete assistenziale integrata in cui medici, infermieri, assistenti sociali e fisioterapisti possano intervenire nelle fasi precoci della progressiva perdita di autosufficienza e delineare un programma d'azione personalizzato. In questa prospettiva sarà fondamentale anche il supporto psicologico in modo da porre l'anziano al centro di un percorso integrato e favorire uno stato di benessere emotivo e sociale.

Nonostante la proposta di un intervento multidisciplinare sia rivolta ad ottimizzare la gestione del paziente anziano e a garantire un miglioramento della qualità di vita da un punto di vista clinico, etico e relazionale, l'obiettivo di massimizzare le risorse per l'assistenza delle persone fragili in Italia è molto lontano¹⁸.

I servizi domiciliari e sanitari, a breve o lunga degenza, sono ancora eterogenei e i soggetti che vi accedono sono prevalentemente ultraottantenni con un'alta prevalenza di comorbidità e spesso in terapia plurifarmacologica tale da rendere complicata la definizione di un approccio universalmente valido. È importante che la ricerca si focalizzi sulle dinamiche dell'invecchiamento come entità complessa e a sé stante, valutando i meccanismi che rendono l'anziano vulnerabile e investendo sui fattori associati su una longevità attiva ed in buona salute¹⁹.

1.3 Il sistema residenziale assistenziale sanitario in Italia: storia, tipologie di servizi assistenziali e caratteristiche

Anche in Italia, prima della proclamazione del Regno nel 1861, l'assistenza era interpretata in un'ottica caritatevole spinta da motivazioni etico – religiose. La fusione tra funzionari di culto e funzionari della chiesa portava ad identificare il patrimonio destinato ai poveri con il patrimonio

¹⁷ Castaldo A., *La valutazione della soddisfazione degli operatori in RSA*, 2008

¹⁸ Lattanzio F, Mussi C, Scafato E, et al. *Health care for older people in Italy: the ULISSE Project (un link informatico sui servizi sanitari esistenti per l'anziano - A computerized network on health care services for older people)*, J Nutr Health Aging 2010, p. 238-242

¹⁹ Futurage, *A road map for European aging research*, October 2011 ([www.futurage.group.shef.ac.uk/...](http://www.futurage.group.shef.ac.uk/))

ecclesiastico, ma con l'avvento al potere della borghesia e la nascita dello Stato liberale, questo secolare equilibrio si rompe e, sotto la spinta del movimento operaio e l'affermazione del sistema capitalistico, si impongono un allargamento e un rinnovamento dei criteri assistenziali. La grande famiglia patriarcale che fino ad allora aveva rappresentato l'unico sistema di sicurezza sociale viene progressivamente disgregata dal processo di urbanizzazione, e i bisogni della comunità in cui i lavoratori iniziano a percepire la condizione di disoccupazione cambiano drasticamente. Per fronteggiare la fame anche le donne sono costrette ad abbandonare le mura domestiche con tutto ciò che ne consegue quanto alla crescita e alla cura dell'infanzia e, dall'organizzazione della classe operaia nascono le prime società di mutuo soccorso e i fondi cassa come garanzia di sicurezza economica in caso di necessità. La chiesa, ostinata a non perdere il proprio potere, utilizza così il proprio apparato di beneficenza per condizionare lo stato nazionale, che si trova costretto ad intraprendere un'inchiesta su quelle che la Legge Rattazzi definisce "Opere Pie"²⁰ ovvero un insieme di istituzioni e forme di carità di cui si cercò di gestire il regime economico e governativo e di limitarne i privilegi. Dall'inchiesta emerge una quantità ingente di risorse private, immobili e mobili e lasciti ereditari per lo più gestite dalla chiesa. Le principali tappe della legislazione statale in materia di assistenza sono le leggi del 1862, la Legge Crispi del 1890 e la Legge Giolitti del 1904. In un clima di fervido liberalismo la legge del 1862 puntava a sganciare le Opere Pie dal potere ecclesiastico e da quello legislativo conferendo a queste una piena autonomia. Ma è con la legge Crispi, "*Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza*", che vengono ufficialmente laicizzate, svincolandosi dal controllo privato della Chiesa e ponendosi sotto il controllo del Ministero dell'Interno con la costituzione di prefetture, attraverso le quali si cercava di concretizzare la partecipazione dello Stato. La normativa che trasformava le Opere Pie in Istituti di beneficenza (Ipab) ed istituiva gli Enti di Carità ed Assistenza (Eca), pur introducendo la supervisione pubblica, aveva lasciato inalterato il "carattere privato" della gestione degli enti di beneficenza e non aveva disposto alcuno strumento di intervento diretto dello Stato in ambito assistenziale. Per questo motivo fu successivamente revisionata ed integrata con la legge Giolitti, la quale introduce tre principi fondamentali:

- La beneficenza viene vista come un aspetto della complessa situazione sociale;
- Il diritto del povero ad essere assistito è indiscutibile;
- L'assistenza privata non deve essere solo controllata, ma soprattutto coordinata ed integrata dall'assistenza pubblica.

La legge Giolitti, a differenza delle precedenti, sarà abrogata nel 1923 dal governo fascista perché il suo ordinamento su base provinciale contrastava il forte accentramento amministrativo realizzato in

²⁰ n. 735 del 1862

quegli anni. Rimarrà così operante la Legge Crispi, resistente non solo al fascismo, ma fino ai giorni nostri come unica legge organica sull'assistenza dall'unità d'Italia ad oggi.

Con il Progetto Obiettivo Tutela degli Anziani del 1992, il concetto di struttura assistenziale si amplia a favore di un regime sociosanitario integrato con l'obiettivo di assicurare, non solo percorsi di medicina tradizionale, ma anche di cura geriatrica per migliorare la qualità dell'invecchiamento. La sigla "Rsa" si riferisce alle Residenze Socio-Assistenziali ovvero strutture extra-ospedaliere per persone anziane o, più in generale, non autosufficienti²¹. Normalmente prive di barriere architettoniche e localizzate in luoghi facilmente raggiungibili e non isolati del paese, tali edifici devono rispettare specifici standard di qualità e dimensioni ottimali come indicato dalla propria carta di servizi. Le Rsa appartengono alla rete di servizi sul territorio e sono descritte come *"presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare e alberghiera, modulate in base al modello assistenziale adottato dalle Regioni e Province autonome"*²².

A differenza di molti Paesi europei, che offrono sistemi indirizzati alla *Long Term Care*, in Italia il settore assistenziale si è evoluto tra servizi domiciliari e istituzionalizzazione. I primi comprendono attività che offrono assistenza a ore con la possibilità di fornire cure fisioterapiche o riabilitative, bagni assistiti o servire pasti a domicilio per permettere all'anziano di non lasciare la propria abitazione²³. Le prestazioni residenziali e semi-residenziali invece, comprendono attività sanitarie e sociosanitarie erogate all'interno di strutture protette, per soggetti non autosufficienti e non assistibili a domicilio. Le strutture semi-residenziali si concretizzano per esempio nei centri diurni di cura e igiene, terapeutici e riabilitativi, inseriti all'interno di una residenza sanitaria. L'assistenza residenziale invece consiste in un insieme di varie tipologie di assistenza, diversificata in base ai gradi di necessità, quali la dipendenza della persona o i tempi di degenza. Inizialmente, l'assistenza agli anziani non era differenziata sulla base dell'intensità di intervento legata al livello di autonomia e indipendenza delle persone, ma nel tempo ha subito un alto grado di diversificazione che rende complessa la classificazione delle numerose strutture esistenti, con criteri universalmente validi. Ogni regione, infatti, adotta modalità organizzative proprie²⁴.

L'Istat, nel 2006, distingueva:

²¹ Le residenze sanitarie assistenziali sono strutture residenziali extra ospedaliere caratterizzate dalla integrazione funzionale ed organica dei servizi sanitari e di quelli sociosanitari (D.M. n.321/1989).

²² D.P.R. 14/1/1997

²³ S. Modena, op. cit. 18.

²⁴ Auser, *Le case di riposo in Italia*, <http://www.abitareanziani.it/wp-content/uploads/2016/07/Auser-ricerca-caseriposo.pdf>.

- *Residenze Assistenziali*: “presidi residenziali destinati prevalentemente ad anziani autosufficienti. Gli ospiti delle strutture beneficiano di prestazioni assistenziali, ricevono assistenza alberghiera completa e sono stimolati a prendere parte ad attività ricreative e culturali”. Consistono in strutture simili a piccoli appartamenti in cui il residente mantiene la propria autonomia, ma al tempo stesso risulta protetto ed inserito in un contesto specializzato perché la struttura è collegata ad un servizio residenziale o assistenziale;
- *Residenze sociosanitarie*: “presidi residenziali destinati prevalentemente ad anziani non autosufficienti, dotati di personale medico e infermieristico specializzato. Le prestazioni offerte sono ad alta integrazione sociale e sanitaria”. Si offrono percorsi individuali, basati su cure palliative, ai malati terminali;
- *Residenze Sanitarie Assistenziali*: “presidi residenziali per anziani non autosufficienti o persone disabili che necessitano di un supporto assistenziale specifico e di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative. L’assistenza fornita prevede un livello medio di assistenza sanitaria, integrato da un elevato livello di assistenza tutelare e alberghiera”. In questa categoria rientrano le Rsa.

L’impiego di un’equipe medica multidisciplinare assicura ai residenti delle Rsa un servizio assistenziale a 360° in cui oltre alle specifiche terapie, è fornito un supporto psicologico e cognitivo da parte di specialisti del settore.

Per essere perfettamente integrate nel contesto territoriale in cui operano sono di solito costruite in zone urbane ben collegate²⁵ e per legge sono tenute a rispettare un minimo di 20 e non oltre 120 posti letto²⁶. All’interno la tipica organizzazione della struttura prevede una ripartizione dei pazienti in nuclei che consentono un’ottimizzazione del lavoro da parte degli operatori oltre ad aiutare i familiari ad orientarsi con facilità all’interno della struttura e a riconoscere il settore in cui è accudito il proprio caro. Un’altra tipologia di gestione, basata sul metodo Rugs (*Resources Utilization Groups*), prevede una suddivisione degli anziani a seconda del grado di disabilità e del conseguente consumo giornaliero di risorse che di solito è tanto maggiore quanto più complesso è il quadro clinico del paziente.

Nell’area destinata alla degenza possono essere presenti camere con un massimo di quattro posti letto o stanze singole. In ogni caso deve essere garantito il rispetto della privacy, l’accesso a tutte le tipologie di ausilio e un bagno autonomo. È importante inoltre che siano presenti servizi igienici attrezzati, locali adibiti al controllo del personale, ambulatori, spazi comunitari come soggiorni o

²⁵ F. Pesaresi, op. cit. 13.

²⁶ DPR 14/1/1997

saloni il più confortevoli possibile, un deposito per attrezzature e lavanderia. Gli spazi dedicati ai momenti di collettività devono essere costruiti in modo tale che siano centrali all'intera struttura affinché possano essere dei punti di riferimento per gli stessi residenti e spazi in cui sia favorita la socializzazione; inoltre, anche gli spazi dedicati all'attività ambulatoriale e riabilitativa devono essere idonei. Nel caso di diagnosi di demenze senili devono essere garantiti maggiori percorsi e spazi messi in sicurezza controllando chiusure di sicurezza e recinzioni²⁷.

Al fine di intervenire con un piano terapeutico personalizzato, è fondamentale riconoscere preventivamente le condizioni e le necessità dell'anziano, prestando attenzione alle due grandi condizioni che caratterizzano le dinamiche della non auto-sufficienza: le varie forme di demenza, tra cui l'Alzheimer che comporta un declino cognitivo-comportamentale e le patologie cronico-degenerative come la sclerosi multipla o il morbo di Parkinson. La maggior parte dei pazienti nelle Rsa sono di sesso femminile, il 75% circa è ultraottantenne e il 78% non è più autonoma e, rispetto ad altri paesi, in Italia la quota più significativa di ricoveri richiede assistenza per problemi di salute mentale, demenza e depressione.

L'accesso in Rsa è consentito dopo un attento monitoraggio da parte di un'unità valutativa geriatrica (UVG), attraverso la quale un gruppo di professionisti valuta le condizioni cliniche, le capacità cognitive residue e le condizioni sociali dell'anziano definendo il grado di non autosufficienza, il tipo di assistenza erogata e il ruolo della rete familiare per individuare il piano assistenziale personalizzato. Tali controlli non si limitano alla fase di ingresso in struttura ma verranno eseguiti periodicamente al fine di garantire una linea di intervento efficace e continuativa nel tempo. Quanto alle spese economiche, stabilite dai gestori delle Rsa e dal comune di riferimento, queste sono in parte finanziate dal Sistema Sanitario Nazionale, in parte a carico del comune, in parte a carico del paziente o della sua famiglia a seconda dei livelli di reddito²⁸. In base agli ultimi rapporti Istat, nel 2008 le spese complessive per le residenze per anziani ammontavano a più di 439 milioni di euro, con differenze significative tra nord e sud Italia: nel meridione i costi erano al di sotto della media nazionale di 3.800 euro ad anziano mentre al nord più elevati.

L'Rsa deve garantire che l'assistenza dei pazienti sia costantemente erogata da un'equipe di professionisti che lavorano in team multidimensionale, sia sul profilo sanitario che sociale. Le regioni possono stabilire che la gestione delle strutture sia affidata ad organismi privati, pubblici o misti, purché ci si attenga a protocolli specifici. Le prestazioni di cura sono riformulate sistematicamente dal punto di vista biologico, sociale e psico-sociale, ciò nonostante il numero di dipendenti che

²⁷ F. Pesaresi, op. cit. 13.

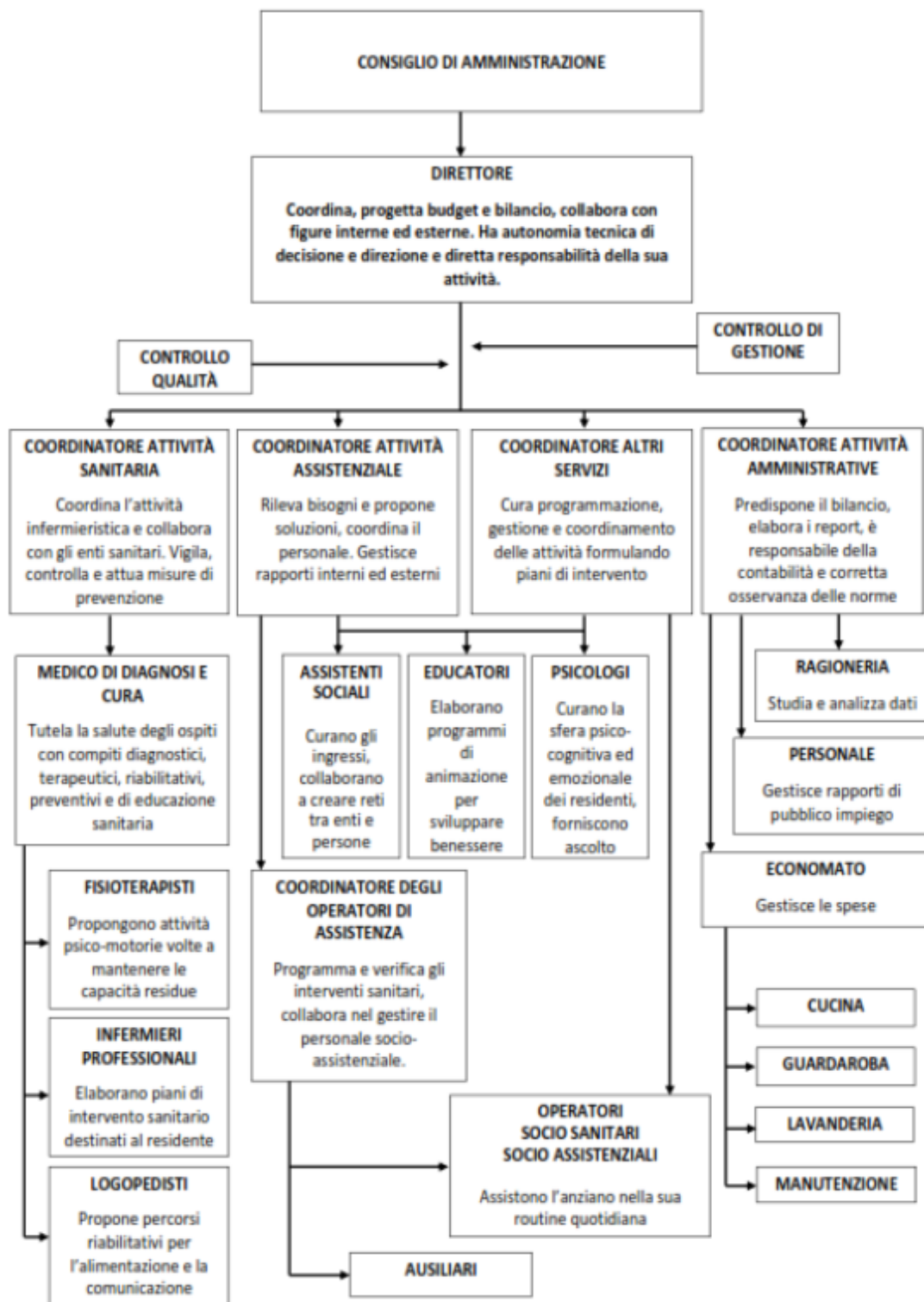
²⁸ Auser, op. cit. p. 19

lavorano nel sistema residenziale nel nostro paese è significativamente ridotto rispetto al resto d'Europa per via delle tipologie di servizi offerti²⁹. Secondo un report dell'OECD del 2020 *in quasi tutti i paesi esaminati emerge un divario tra le competenze degli operatori e i bisogni assistenziali e di cura dei pazienti. Inoltre, in due terzi del paese, i compiti degli operatori sanitari vanno ben oltre le prestazioni legate alla vita quotidiana e prevedono la collaborazione con altri professionisti*".

Parte integrante del benessere dell'anziano, oltre alle cure mediche, è la continuità del legame relazionale con la famiglia, motivo per cui le strutture si sono adeguate, soprattutto in tempi di pandemia, con visite in totale sicurezza o attraverso l'impiego di supporti tecnologici che potessero consentire videochiamate o telefonate programmate. L'impossibilità del contatto fisico tuttavia ha portato i familiari a sentirsi esclusi nonostante la volontà di continuare a far parte della vita dei propri cari. Questo ha inciso negativamente anche sulla salute dei residenti, pervasi da un profondo senso di abbandono e di sconforto. L'emergenza Covid ha generato una netta contrapposizione tra il personale delle Rsa e la famiglia dei pazienti per le difficoltà, di quest'ultima, di poter stare accanto agli anziani malati terminali o di affrontare un lutto in maniera dignitosa. I parenti dei residenti continuano ad avere il ruolo determinante di supporto emotivo del residente soprattutto dopo l'ingresso dei residenti in struttura. Tale supporto è il motore che alimenta il benessere psico-fisico degli anziani e per questo sarebbe utile considerare il coinvolgimento della famiglia già a livello della progettazione residenziale.

Figura 2: Schema organizzativo Rsa

²⁹ Oecd, 2020



Fonte: <https://www.ospedalegonzaga.it/organizzazioneaziendale.html>

Il sistema assistenziale residenziale è chiamato a costruire una rete organizzativa che si adatti alle esigenze dei pazienti e le soddisfi in maniera costante. In questa prospettiva è importante che le amministrazioni pubbliche realizzino un progetto aziendale per delineare le aree di competenza e di responsabilità che assicurino la qualità della struttura e delle prestazioni in questa erogate.

1.4 Quadro normativo sulle RSA: legislazione nazionale ed europea

La storia delle Rsa ha avuto formalmente inizio con la legge finanziaria del 1988 (art. 20 L.67/1988) che ha avviato il piano decennale degli investimenti sanitari e con questo la realizzazione delle strutture assistenziali extraospedaliere per anziani non assistibili al domicilio. Dal 1988 ad oggi ben 18 atti statali, comprendendo fra queste leggi, circolari ed elaborazioni ministeriali si sono occupati dei requisiti, della organizzazione e della gestione delle RSA. Nel 1989 sono stati approvati due importanti atti che riguardano le RSA: il Decreto del Ministro della Sanità n.321 del 29/8/1989 con l'obiettivo di promuovere la realizzazione o l'acquisizione di strutture residenziali per anziani non autosufficienti, per disabili fisici, psichici e sensoriali e il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 22/12/1989 che fissava i requisiti delle RSA per anziani non autosufficienti.

Con la Legge finanziaria 1995 (art. 3 comma 4 della L. 23/12/1994, n.724 così come modificato dall'art. 1 della legge 18 luglio 1996, n.382) veniva sospeso per cinque anni il D.P.C.M. del 1989 sugli standard delle RSA che poi è tornato in vigore nel 2001. Entro il 1999 il governo doveva comunque definire i nuovi requisiti dimensionali per le RSA nonché i criteri per il graduale adeguamento agli stessi delle strutture esistenti. Nel nuovo millennio viene approvato il D.P.C.M. 14/2/2001 sulla integrazione sociosanitaria che però affronta solamente le tematiche relative alla classificazione delle prestazioni ed ai criteri di finanziamento delle prestazioni con l'identificazione del soggetto a cui far riferimento per i costi delle prestazioni (ASL e/o comune/utente). Spetta poi alle singole regioni provvedere nell'ambito della programmazione degli interventi sociosanitari a determinare gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione e i criteri di finanziamento delle prestazioni sociosanitarie. Sempre nel 2001 è stato approvato il DPCM 21/5/2001, n. 308 che ha fissato i requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale del settore socioassistenziale³⁰.

NORME NAZIONALI DI RIFERIMENTO:

- **Legge finanziaria del 1988:** (art. 20 L.67/1988).
- **Decreto Ministero della Sanità n.321 del 29/8/1989:** “Regolamento recante criteri generali per la programmazione degli interventi e il coordinamento tra enti competenti nel settore dell'edilizia sanitaria in riferimento al piano pluriennale di investimenti ai sensi dell'art. 20 della L. 67/1988”.
- **Decreto Presidente del Consiglio dei ministri 22 dicembre 1989:** “Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali.”

³⁰ <https://francopesaresi.blogspot.com/2012/04/levoluzione-normativa-nazionale-delle.html>

- **Protocollo di intesa Ministero della sanità - Sindacati confederali dei pensionati:** “Accordo del 11/1/1991”.
- **Ministero della Sanità - schema di linee guida per le residenze sanitarie assistenziali (RSA) per anziani:** “Gruppo di lavoro sulla tutela della salute degli anziani (doc. del 31/5/1991)”.
- **Progetto obiettivo tutela della salute degli anziani approvato da Camera e Senato con deliberazioni del 30/1/1992.**
- **Ministero della Sanità:** Linee guida relative al progetto-obiettivo “Tutela della salute degli anziani” del 7/8/1992.
- **Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e succ.mod.:** “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale”.
- **Ministero della Sanità 1993:** Gruppo di lavoro del 1993 su “La gestione delle RSA: modelli e costi” pubblicato nella collana “rapporti “del Centro studi del Ministero della Sanità.
- **Ministero della Sanità. Linee guida n.1/1994 del 30/3/1994:** “Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle residenze sanitarie assistenziali”.
- **Decreto Ministero della Sanità 15 aprile 1994:** “Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera”.
- **Legge finanziaria 1995:** Art. 3 comma 4 della L. 23/12/1994, n.724 così come modificato dall’art. 1 della legge 18 luglio 1996, n.382 “ Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”).
- **Decreto Ministero della Sanità 24 luglio 1995:** “Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel Servizio Sanitario Nazionale”.
- **Decreto Ministero della Sanità 15 ottobre 1996:** “Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l’umanizzazione dell’assistenza, il diritto all’informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l’andamento delle attività di prevenzione delle malattie” .
- **Decreto Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997:** “Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”.
- **Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - Provvedimento 7 maggio 1998:** “Linee-guida del Ministro della sanità per le attività di riabilitazione”.
- **Decreto Ministro Sanità 28 ottobre 1999:** “Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative”.
- **Legge 23 dicembre 1999, n. 488 art. 28:** “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato” (Legge Finanziaria 2000)”.
- **Decreto Presidente Consiglio dei Ministri 20 gennaio 2000:** “Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative”.
- **Legge 8 novembre 2000, n. 328:** “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”.
- **Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001:** “atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”.
- **Decreto Presidenza del Consiglio dei Ministri (Dipartimento della solidarietà Sociale) 21 maggio 2001, n. 308:** “Regolamento concernente “Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l’autorizzazione all’esercizio

dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'art.11 della legge 8 novembre 2000, n. 328”.

A livello europeo l'Unione riconosce e rispetta il diritto di accesso alle prestazioni di sicurezza e ai servizi sociali che assicurano protezione in caso di maternità, malattia, infortuni sul lavoro, dipendenza o vecchiaia. Ogni persona che risieda o si sposti legalmente all'interno del territorio europeo ha diritto alle prestazioni di sicurezza sociale e ai benefici sociali, conformemente ai diritti internazionali e alle legislazioni e prassi nazionali. Al fine di lottare contro l'esclusione sociale e la povertà, è riconosciuto e rispettato il diritto all'assistenza sociale e all'assistenza abitativa volte a garantire un'esistenza dignitosa a tutti coloro che non dispongano di risorse sufficienti secondo le modalità stabilite dal diritto dell'Unione e le legislazioni e prassi nazionali³¹. Le comparazioni internazionali relative alle strutture residenziali sono rese difficili dall'assenza di dati omogenei e dal fatto che denominazioni simili utilizzate da nazioni diverse possono invece rappresentare delle situazioni differenti. In Europa si distinguono due grandi famiglie di strutture residenziali, una ad orientamento socioassistenziale e l'altra ad orientamento sanitario riconducibili, utilizzando la terminologia italiana, alle residenze assistenziali (RA) e alle residenze sanitarie assistenziali (RSA). La forma, la dimensione e il finanziamento dell'offerta delle cure residenziali di lunga durata variano molto; alcuni paesi dispongono di programmi di cure assai completi e finanziati dai poteri pubblici, altri non dispongono che di servizi molto limitati e frammentati. Per definizione internazionale, l'RSA è una *“struttura residenziale per anziani non autosufficienti che si caratterizza per un intervento integrato sociosanitario, dove la componente sanitaria risulta di elevata intensità e adeguata alle esigenze degli ospiti e dipendono da enti sanitari o dai comuni. La componente assistenziale fondamentale è data dalla figura dell'infermiere, ma sono previsti altri interventi riabilitativi”*. Anche in chiave europea si rimarca la necessità di una linea di intervento multidisciplinare centrato sul benessere dell'anziano. Nonostante ci siano sottili differenze nei requisiti strutturali e organizzativi delle Rsa nei vari Paesi dell'Unione, i principi di qualità su cui si basano le cure assistenziali sono uniformemente riconosciuti: i servizi per le persone bisognose di assistenza devono essere rispettosi dei diritti umani, finalizzati a preservare la salute ed economicamente accessibili in tutta l'Europa.

1.5 Quadro normativo di riferimento sulle RSA nella regione Friuli – Venezia Giulia

³¹ Gazzetta ufficiale dell'Unione europea C 303/17 - 14.12.2007

Nella regione del Friuli-Venezia Giulia le cure intermedie sono attualmente rappresentate dalle strutture di riabilitazione intensiva articolate nelle diverse sedi ospedaliere e dalle RSA che possono garantire assistenza su tre livelli: bassa intensità, media intensità e riabilitativa³².

La DGR 11 aprile 2013, n. 650 ha approvato la procedura per l'autorizzazione e l'accreditamento delle RSA e degli Hospice pubblici e privati in Friuli. I requisiti delle RSA sono stati successivamente integrati con la DGR 13 maggio 2016 n. 817 attualmente vigente, mentre la D.G.R. n. 2088 del 26.10.2017 ha definito il programma regionale di accreditamento delle RSA e degli Hospice pubblici e ha precisato i requisiti e la procedura applicabile. Di seguito si riportano i principali riferimenti normativi in materia di pianificazione e programmazione sanitaria nonché di autorizzazione ed accreditamento delle Rsa:

- DLgs 502 del 30.12.1992: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
- Legge 27 dicembre 2006, n. 296: (legge finanziaria 2007), come modificato dall'art. 2, comma 100, della legge 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010).
- Legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22: Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006” e, in particolare, gli artt. 65, 66 e 67.
- DGR 650 11/04/2013: Dlgs 502/1992, artt 8 bis, 8 ter e 8 quater - Lr 8/2001, art 4 e art 5 - l 296/2006, art 1, comma 796, lett. t) - Autorizzazione e accreditamento delle strutture residenziali sanitarie assistenziali (RSA) e Hospice. Approvazione definitiva requisiti e procedura.
- DGR 356 27/02/2014: Dgr 1436/2011 - dgr 650/2013 - Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie di degenza e ambulatoriali e autorizzazione/accreditamento delle Rsa e degli hospice - Precisazione titolarità della struttura.
- DGR 817 del 13.05.2016: Lr 17/2014, art. 23. dgr 2151/2015 - Approvazione procedura e requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle Rsa con livello assistenziale riabilitativo. Modifica Dgr 650/2013.
- DGR 2088 del 26.10.2017: DLGS 502/1992, artt. 8 Bis, 8Ter, 8 Quater - Lr 17/2014, art. 48 e 49 - Programma regionale di accreditamento delle RSA e degli Hospice pubblici³³.

In attuazione dell'articolo 31 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (*Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale*), dell'articolo 48

³² <https://federsanita.anci.fvg.it/documenti/normative-e-provvedimenti-della-regione-fvg/documenti/allegato-1>

³³ <https://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVG/salute-sociale/sistema-sociale-sanitario/FOGLIA28/>

della legge regionale 16 ottobre 2014, n.17 (*Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria*) e in conformità ai principi della legge regionale 19 maggio 1998, n. 10 (*Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane, nonché modifiche all'articolo 15 della legge regionale 37/1995 in materia di procedure per interventi sanitari e socio-assistenziali*), si definiscono i requisiti, i criteri e le evidenze minimi strutturali, tecnologiche e organizzative per la realizzazione e per l'esercizio di servizi residenziali per anziani in Friuli. Possono accedere alle residenze le persone di età maggiore o uguale a sessantacinque anni per le quali sia stata accertata l'impossibilità di permanere nell'ambito familiare e di usufruire di servizi alternativi al ricovero, ma anche persone con meno di sessantacinque anni con condizioni psico-fisiche assimilabili a quelle geriatriche per le quali non sussistono sul territorio altre modalità di assistenza adeguate. Le residenze già funzionanti e in corso di realizzazione sono classificate in base alla tipologia dei nuclei strutturali, al numero di posti letto complessivi, alle dotazioni tecnologiche, strumentali e di personale in residenze per anziani autosufficienti, residenze per anziani non autosufficienti, residenze destinate all'accoglimento di personale religioso anziano non autosufficiente, ripartite ulteriormente in livello base, primo, secondo o terzo livello. Le prestazioni sociosanitarie comprendono l'insieme delle attività di aiuto alla persona nello svolgimento delle attività di base (ADL) e strumentali della vita quotidiana (IADL). Tra le prestazioni di assistenza di base alla persona rientrano tutte le attività sociosanitarie finalizzate al soddisfacimento dei bisogni primari della persona. Agli operatori competono mansioni nell'ambito dell'assistenza di base della persona e dell'igiene degli ambienti, viene assicurata assistenza medica, infermieristica, riabilitativa oltre ai servizi di vitto e alloggio. Le residenze per anziani sono organizzate secondo un modello gestionale coerente con l'autorizzazione rilasciata e con i bisogni degli utenti accolti e, al fine di garantire l'appropriatezza degli accoglimenti e il governo della rete dei servizi per anziani, l'accesso a tutte le tipologie di residenze avviene previa valutazione del bisogno delle persone da accogliere attraverso l'utilizzo del sistema di valutazione multidimensionale di cui alle deliberazioni della Giunta regionale di attuazione delle disposizioni previste dalla legge regionale 10/1998, articolo 4, comma 2. Le caratteristiche edilizie delle residenze per anziani non autosufficienti devono garantire, in conformità alla normativa vigente, condizioni di agibilità dei locali, condizioni di stabilità in situazioni normali o eccezionali, condizione di sicurezza degli impianti, difesa e prevenzione dagli incendi, condizioni di accessibilità e fruibilità della residenza oltre ai requisiti igienico-sanitari dei luoghi di lavoro.

Ai fini organizzativi è obbligatoria la strutturazione della residenza in nuclei, ognuno dei quali deve essere distribuito in un unico piano e può avere una capacità ricettiva massima di 30 posti letto; inoltre devono essere rispettati i requisiti strutturali e edilizi sia a livello generale (ingresso, uffici

amministrativi, spogliatoio per il personale, servizi di cucina) che collettivo (sale da pranzo e soggiorno, servizi igienici e di collegamento o distributivi). All'interno di ogni residenza devono essere garantite le adeguate condizioni microclimatiche per gli ospiti, impianti per le telecomunicazioni e per l'illuminazione notturna. In allegato B alla delibera N. 670 del 14 aprile 2015 sono riportati in dettaglio i requisiti specifici di struttura, a seconda del livello di assistenza previsto per l'anziano³⁴.

1.6 Profilo di comunità dell'Ambito Agro Aquileiese nella regione Friuli-Venezia Giulia

Valutare i bisogni della popolazione rappresenta uno strumento di supporto alla decisione utilizzabile per allocare risorse, progettare e sviluppare programmi ed interventi in ambito sanitario, educativo e, più in generale, di tutti i servizi della persona³⁵. Tali esigenze devono essere integrate ad un'analisi dei rischi e della vulnerabilità del territorio relativa alla dimensione sociodemografica, sanitaria, economica, lavorativa e educativa. Nell'Agro Aquileiese questa ricerca si è focalizzata sul profilo della salute e del benessere in tutte le fasce d'età, soprattutto per gli anziani, classificando gli interventi per le aree assistenziali attraverso le macro-attività del Sistema Informativo dell'offerta dei servizi sociali. Al 01/01/2019 la popolazione complessiva dell'Agro Aquileiese costituita nel 2018 da 17 comuni ammontava a 57.132 unità, registrando ad eccezione del comune di Cervignano, un significativo calo della popolazione complessiva. Alla luce di un chiaro un processo di invecchiamento della popolazione lo scenario che si presenta è un aumento dei residenti over 65, soprattutto di sesso femminile e una diminuzione dei minori che fa presupporre un incremento del carico assistenziale per il sistema dei servizi sociali negli anni a venire. Queste ipotesi sono confermate dall'incremento del numero assoluto di anziani, dell'indice di invecchiamento, superiore al 20% in tutti i comuni considerati e dell'indice di vecchiaia.

A livello economico la distribuzione del reddito dell'Ambito non si discosta in maniera significativa dalla realtà regionale e provinciale, mentre sul fronte lavorativo si rileva un saldo negativo delle assunzioni, riconducibile nel 2020 all'emergenza epidemiologica da Covid-19, in linea con l'andamento provinciale e di poco superiore a quello regionale. Da un punto di vista sociale l'isolamento degli anziani, che costituisce un'ulteriore condizione di rischio, ha un'incidenza dell'8.4% nel territorio Aquileiese, valore leggermente inferiore sia rispetto ai dati provinciali che regionali, entrambi pari al 9.1%.

³⁴ http://mtom.regione.fvg.it/storage//2015_670/Allegato%201%20alla%20Delibera%20670-2015.pdf

³⁵ McKillip, 1998

Per provare a sintetizzare i risultati dell'analisi della vulnerabilità sociale dell'Ambito Agro Aquileiese può essere utile considerare l'indicatore di vulnerabilità sociale e materiale (IVSM), elaborato dall'Istat con l'intento di fornire uno strumento di analisi a supporto della pianificazione degli interventi socio-assistenziali a livello locale, descrittivo del livello di esposizione di alcune fasce di popolazione a fattori di rischio connessi con il ciclo di vita delle persone o con la condizione socio-economica degli individui. L'IVSM include sette indicatori: condizioni abitative, livello di istruzione, partecipazione al mercato del lavoro, condizioni economiche, strutture familiari anche con riferimento al disagio assistenziale collegato all'invecchiamento della popolazione. La media italiana dell'indice di vulnerabilità sociale e materiale, aggiornata al censimento 2011, è pari a 99,3 mentre in Regione Friuli-Venezia Giulia è di 97,8. Tutti i comuni dell'Ambito Agro Aquileiese si pongono al di sotto del valore medio nazionale indicando un rischio di disagio e vulnerabilità medio-basso dell'intero territorio rispetto al dato nazionale.

Gli interventi e i servizi sociali e socioassistenziali erogati nel territorio dell'ambito distrettuale sono numerosi e diversificati, sia per area assistenziale (minori e anziani) sia per macro-attività previsti dal SIOSS. L'area "Anziani", in cui rientrano tutte le persone con più di 65 anni indipendentemente dall'eventuale presenza di una condizione di disabilità, è stata interessata nel 2020 da un calo del numero di utenti rispetto al 2018 e 2019 e anche per questo settore, gli interventi che hanno coinvolto il maggior numero di persone sono quelli volti a favorire la domiciliarità in particolare di natura socio-assistenziale, come ad esempio contributi economici ad integrazione del reddito familiare e per alloggi/utenze, il buono spesa covid 19 o la distribuzione dei pasti. In termini prospettici le caratteristiche della popolazione dell'Ambito Agro Aquileiese anticipano un possibile ulteriore incremento del carico assistenziale per il sistema dei servizi sociali in futuro, essenzialmente riconducibile alle principali dinamiche demografiche attuali: l'invecchiamento della popolazione in cui gli over 65 rappresentano più di un quarto della collettività dell'Ambito e la riduzione della natalità. A fronte delle situazioni di fragilità nel territorio è stato tuttavia possibile rispondere tempestivamente alla diversificazione e alla complessità dei bisogni della popolazione attraverso nuove misure in grado di contrastare esigenze di entità straordinaria come la pandemia da Covid.

CAPITOLO 2 – “La pandemia da COVID-19”

2.1 La pandemia, impatto sulle persone e sul sistema sanitario nazionale

La malattia da COVID-19 è dovuta al virus SARS-CoV-2 appartenente alla famiglia dei coronavirus. Tale agente patogeno, caratterizzato da tempi di incubazione variabili da pochi giorni a due settimane, si trasmette principalmente per via aerea attraverso droplet provenienti da un infetto che vengono direttamente a contatto con le mucose di un soggetto ricettivo. Tuttavia, dopo essere venuti in contatto con mani o oggetti contaminati, il virus può introdursi nell'organismo e causare infezione anche indirettamente. La maggior parte dei sintomatici sviluppa una malattia lieve-moderata, con sintomi comuni quali febbre, tosse secca e stanchezza che non richiedono un ricovero. Meno frequentemente si presentano indolenzimento e dolori muscolari, gola infiammata, perdita di gusto ed olfatto, emicrania e congiuntivite. La fascia di popolazione considerata "fragile" è maggiormente predisposta a manifestare bronchite, polmonite e forti dolori al petto che possono far degenerare il quadro clinico del paziente e causarne la morte³⁶. Individuati i focolai di infezione nella maggior parte dei Paesi Occidentali e considerata la rapida diffusione del virus nel resto del mondo, l'11 marzo 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità dichiara il COVID-19 "pandemia". Attualmente, la situazione rimane stabile, con andamenti altalenanti tra miglioramenti e peggioramenti del numero dei casi di contagio, ma si mantiene costante la presenza del virus³⁷.

L'emergenza sanitaria ha sicuramente messo a dura prova il sistema sanitario mondiale e territoriale, evidenziando le fragilità di un SSN che si riteneva forte e stabile. Ha comportato dunque la necessità di rivedere l'organizzazione sanitaria, che si diversifica tra le varie regioni italiane, per comprendere come meglio gestire la situazione pandemica, ma i dati odierni confermano che il SSN non è riuscito a sostenere gli elevati numeri di pazienti covid. I principali fattori identificati come causa principale del fenomeno riguardano il numero inadeguato di posti letto, del personale medico ed infermieristico, dei posti in terapia intensiva e delle misure di sicurezza. Il tasso di ospedalizzazione suscita particolare preoccupazione se si considera che nel 2019 il 9% della popolazione mondiale era costituita da persone di età pari o superiore a 65 anni e per il 2050 le stime suggeriscono un incremento fino a valori del 16%³⁸. Gli anziani rappresentano quindi la maggiore quota di ricoveri che monopolizza il settore della riabilitazione. Inoltre, le fasce d'età più avanzate sono caratterizzate da traumi che richiedono tempi di degenza più lunghi portando ad un maggiore carico economico sul sistema ospedaliero, in assenza di alternative. Questa condizione comporta che al momento delle dimissioni vengano prese in considerazione le strutture residenziali o la possibilità dell'assistenza domiciliare.

La deospedalizzazione, l'invecchiamento della popolazione e dei costi sanitari a questa associati, hanno determinato l'istituzione di servizi territoriali che potessero prevedere alternative al ricovero

³⁶ <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioFaqNuovoCoronavirus>

³⁷ WHO. «*Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19*» 11 March, 2020

³⁸ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2019

ospedaliero, portando molti Paesi europei ad investire nelle reti di questi servizi per garantire una continuità assistenziale. Per mezzo di dati forniti dall'Istat si evidenzia come, al contrario di Francia e Germania, che sfruttano un sistema sanitario organizzato in forma mutualistica, Italia, Spagna e Regno Unito hanno in dotazione un Sistema Sanitario Nazionale che, almeno nel nostro Paese si è dimostrato in grado di fronteggiare le necessità di posti letto rispetto al ventennio 1980-2000³⁹. Le politiche ospedaliere rivolte a concentrare posti e risorse in grandi strutture per razionalizzare l'organizzazione, con il sopraggiungere della pandemia hanno agevolato una diffusione più rapida del contagio e hanno privato i territori di un efficiente sistema di cure di prossimità, confermato dalle condizioni precarie delle zone di provincia rispetto a quelle delle aree urbanizzate. A causa di una scarsa disponibilità di risorse finanziarie i servizi territoriali e domiciliari non sono stati rafforzati e questo ha penalizzato il soddisfacimento dei bisogni della popolazione. Il mancato sviluppo di un sistema territoriale extraospedaliero ha portato all'incapacità di fronteggiare l'emergenza pesando sulle strutture di ricovero⁴⁰.

Il primo tentativo di risposta alla crisi sanitaria è stato l'istituzione delle USCA (unità speciali di continuità assistenziale) con l'art. 8 del d.lgs. 14/2020 in tutte le regioni. Tali strutture nascono in presenza di unità preesistenti assistenziali ogni 50.000 abitanti, con l'obiettivo di gestire le cure domiciliari di pazienti positivi al covid e provvedere a iniziative di carattere urgente per contenere la diffusione del virus. Sono normate da medici di varia competenza in modo da alleggerire il carico lavorativo dei medici di base, e si sono rivelate un valido strumento per avere un quadro più chiaro della situazione emergenziale e controllare il flusso di pazienti in ospedale. Pediatri e medici di base sono tenuti a comunicare i nominativi di positivi all'unità assistenziale. Tutte le regioni italiane sono riuscite a deliberarle, ma affinché potessero divenire operative i tempi si sono allungati per mancanza di adesioni, dispositivi di protezione individuale e mezzi di trasporto, così da essere pienamente attive quando le strutture ospedaliere si trovavano già sotto pressione.

Le strategie adottate dalle regioni per far fronte alla pandemia sono state diverse, ne sono quindi scaturiti esiti legati fortemente ai modelli sanitari di riferimento⁴¹.

Essendo state le prime a risentire le conseguenze dell'elevato numero di contagi, Lombardia, Veneto ed Emilia possono essere considerate le tre regioni epicentro del covid. La Lombardia ha optato per l'attuazione di una politica individuale attraverso una gestione domiciliare dei positivi e una somministrazione di tamponi limitata ai ricoveri ospedalieri, destrutturando il sistema sanitario e portandone un generale indebolimento che ha portato al collasso del sistema sanitario. In Veneto la

³⁹ Ibidem

⁴⁰ Ibidem

⁴¹ G. Vicarelli, G. Giarelli, op. cit. p. 38.

gestione domiciliare si è sviluppata di pari passo con quella dei tamponi, forniti anche alla lista di contatti stretti del positivo, in modo da arginare la diffusione del virus. Le strutture sanitarie territoriali si sono attivate tempestivamente consentendo il sostegno del SSN. In un'ottica di sicurezza pubblica sono state adottate misure preventive che potessero integrare i servizi ospedalieri a quelli territoriali. L'Emilia ha adottato il modello lombardo quanto alla gestione dei tamponi, forniti solo a chi presenta sintomi, e il modello veneto pur avendo puntato al trattamento domiciliare rispetto a quello ospedaliero.

Un ulteriore aspetto sicuramente carente, che ha coinvolto anche le strutture ospedaliere di recente costruzione, riguarda la mancata attenzione alla cura geriatrica, alle modalità di accesso, permanenza e dimissione dalle strutture. Questa situazione ha contribuito ad una dispersione significativa delle risorse e ha promosso la tendenza a favorire un'assistenza domiciliare per garantire alle persone fragili le giuste cure. Purtroppo, non è sempre possibile garantire l'assistenza domiciliare integrata: a seconda della sensibilità e della disponibilità economiche, le famiglie sono costrette a ricorrere a personale professionalmente poco preparato e affidabile, sostenendone i costi a proprio carico, poiché le pensioni degli anziani che necessitano di assistenza non sempre risultano sufficienti. Visto il prevedibile decorso degli ultimi anni di vita delle persone fragili occorrerebbe rispondere adeguatamente ai bisogni di queste persone e ricorrere, laddove non fosse possibile richiedere assistenza al domicilio, alle strutture residenziali. *“A fronte di un aumento della popolazione anziana e del numero di persone non autosufficienti, il sistema delle residenze ha conosciuto, in controtendenza, una contrazione significativa nel numero dei ricoverati. La contrazione dei ricoveri è coincisa con una focalizzazione delle residenze verso l'alta intensità sanitaria (che assorbito il 26% nel 2009 e assorbono il 36% dei ricoverati nel 2016) con il conseguente aumento dei ricoverati in strutture ad elevata intensità e con età superiore ad 80 anni (dal 72% al 75%)”*⁴².

Anche se a livello nazionale non si è verificato un taglio del personale, la progressiva sanitarizzazione delle strutture è avvenuta congiuntamente ad un taglio, pari al 15% del personale medico, compensato da un aumento in pari proporzioni del personale adibito alla cura delle persone e della stabilità del personale infermieristico⁴³. L'istituzionalizzazione rappresenta una necessità per chi si trova in una situazione di totale abbandono o per quanti, pur avendo il supporto dei familiari, non hanno accesso a un'assistenza domiciliare.

Nel tempo sono stati definiti i criteri di accreditamento delle strutture per anziani facendo riferimento alla percentuale per mille abitanti per conteggiare il numero di posti letto utili. Il limite maggiore dei

⁴² V. Albanesi, op. cit. 39.

⁴³ Ibidem

criteri di regolamentazione è il riferimento allo schema ospedaliero. L'obiettivo è quello di attribuire alle strutture residenziali l'impostazione di veri e propri ospedali anche se la finalità è diversa: allo scopo ospedaliero di rimettere in salute il paziente si contrappone l'intento delle Rsa di garantire un invecchiamento dignitoso agli anziani.

La pandemia ha messo a nudo gli aspetti di maggiore inefficienza e fragilità del sistema sanitario a partire dai servizi di cure mediche e assistenziali erogate: l'assenza di un filtro territoriale che identificasse i casi, i contatti e i conviventi, intervenendo e curando a domicilio e indirizzando solo quando necessario alla struttura ospedaliera, ha disorientato la popolazione e ha prodotto il collasso degli ospedali⁴⁴. Ancora oggi, la territorialità sanitaria non si è completamente affrancata da una cultura clinica e da un approccio diagnostico per sintomi patologici del malessere, con la conseguente difficoltà della presa in carico della persona fragile: servirebbe una maggior riconoscimento dei servizi locali attraverso un approccio multidisciplinare che possa favorire anche gli spazi di socializzazione⁴⁵.

La necessità di affrontare l'emergenza sanitaria incentrando l'assistenza non più sul singolo paziente ma sulla comunità intera ha evidenziato significative lacune non solo a livello regionale, ma su tutto il territorio nazionale, richiamando l'attenzione sulla necessità di rafforzare il SSN in tempi brevi ma incompatibili con le urgenze legate alla pandemia. Inoltre, il calo delle risorse economiche ha coinvolto sia le infrastrutture, ridotte del 30% nell'ultimo decennio, sia il personale sanitario, costretto a viaggiare verso l'estero e a lasciare una situazione critica in Italia, poco preparata a gestire i numeri dei pazienti colpiti dal virus. La situazione, di per sé critica, è aggravata dal fatto che l'età media di medici e infermieri italiani è superiore rispetto alla media europea e il loro ricambio implicherebbe l'impiego di nuove risorse e modalità di assunzione che possano rivalutare ruoli e compiti di questi professionisti nel settore.

Al medico di base si dovrebbero attribuire competenze di monitoraggio e prevenzione di nuovi eventi epidemici attraverso il dialogo e il contatto diretto con i pazienti, al fine di rilanciare un meccanismo di gestione delle cure più rapido ma contemporaneamente efficace. Tale prospettiva sarebbe auspicabile in futuro nel contenimento di nuove epidemie, a fronte dell'attuale affollamento di posti letto in terapia intensiva e semi intensiva che ha limitato il diritto alla salute e all'assistenza per molte persone con patologie pregresse⁴⁶.

⁴⁴ G. Maciocco, *Cure primarie e medicina di famiglia. Il vecchio e il nuovo*, Welforum 2020

⁴⁵ M.C. Novelli, M. Totis, B. Bruno (a cura di), *Anziani e pandemia: lo strappo nel cielo di carta*, Welforum 2020

⁴⁶ G. Augello (a cura di), *Covid-19-Ranci Ortigosa: "Sanità pubblica essenziale. Reinvestire è priorità"*, Welforum 2020

Occorrerà probabilmente investire in modo netto sulla sanità, sia dal punto di vista strutturale che del personale, attraverso nuovi corsi di formazione e modalità alternative di assunzione e retribuzione. Nell'immediato si potrebbero aumentare le assunzioni per ottimizzare il monitoraggio dei positivi e prevedere il loro supporto e sostegno da un punto di vista clinico, oltre a promuovere l'impiego di un team multidisciplinare di esperti in grado di agire non solo su pazienti che hanno già sviluppato la malattia ma soprattutto in un'ottica preventiva. Nel lungo termine, per contro, si dovrebbero rafforzare i servizi territoriali apportando modifiche culturali oltre che scientifiche e valorizzare le figure dei professionisti sanitari⁴⁷.

2.2 Legislazione nazionale per fronteggiare la pandemia da Covid 19

Al fine di attenuare l'impatto economico e sanitario dello shock da coronavirus, il Governo italiano ha dato risposta in maniera immediata con una serie di misure urgenti attraverso l'emanazione e approvazione di decreti-legge (D.L.). In particolare, sotto il profilo sanitario, il susseguirsi di D.L. ha comportato una disponibilità incrementale di risorse e strumenti per definire programmi operativi di gestione dei contagi e ripianificare l'intera rete ospedaliera a livello territoriale per la cura dei pazienti. Tali misure hanno determinato un incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard di +1.410 milioni di euro per il 2020 stabilito dal decreto-legge n.18/2020 cosiddetto "Cura Italia", il quale ha fornito disposizioni per il potenziamento del servizio sanitario nazionale⁴⁸. Inoltre, tramite il Fondo per le emergenze nazionali, è stato finanziato l'acquisto di impianti ed attrezzature specificamente diretti alla cura dei pazienti COVID-19 come gli impianti di ventilazione assistita nei reparti di terapia intensiva.

Le risorse del Fondo per le emergenze sono state utilizzate dal Dipartimento della protezione civile e dal Commissario straordinario per l'emergenza per gli acquisti di dispositivi medici, dei dispositivi di protezione individuale (come le mascherine) e di quanto necessario per contrastare ed affrontare la crisi epidemiologica, considerate anche le deroghe relative alle caratteristiche, alle procedure di acquisto e di pagamento di tali dispositivi.

Si è disposto l'immediato potenziamento dei reparti ospedalieri di terapia intensiva soprattutto nelle regioni più colpite, diramando linee di indirizzo assistenziali specificamente individuate dal Ministero della salute per i pazienti affetti da COVID-19. Nella prima fase emergenziale è stata prevista la rapida attivazione di aree sanitarie temporanee, sia all'interno che all'esterno di strutture, pubbliche o private, di ricovero, cura, accoglienza ed assistenza, senza tutti i requisiti di accreditamento per la

⁴⁷ Maciocco, *Cure primarie e medicina di famiglia. Il vecchio e il nuovo*, Welforum 2020

⁴⁸ Camera dei deputati, 2021

durata del periodo dello stato di emergenza (previsto fino al 31 luglio e rispettive proroghe al 15 ottobre 2020, 31 gennaio 2021, 31 aprile 2021, 31 luglio 2021 e, in ultimo, al 31 dicembre 2021 dall'art. 1 del decreto legge n. 105 del 2021).

Il decreto-legge cd. Liquidità ha previsto procedure semplificate per le pratiche relative alle attrezzature medico-radiologiche, velocizzando le procedure amministrative a carico delle strutture sanitarie necessarie allo svolgimento di nuove pratiche mediche. Le regioni sono state chiamate ad attivare specifiche Centrali operative locali dotate di apposito personale e di apparecchiature per il telemonitoraggio e la telemedicina, con funzioni di raccordo fra i servizi territoriali e il sistema di emergenza-urgenza, allo scopo di garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, così come implementate nei piani regionali. In linea con tali misure è stata potenziata l'assistenza domiciliare integrata - ADI con la finalità di intensificare le prestazioni domiciliari, diminuendo il ricorso a forme di assistenza e cura istituzionalizzate (lunghe degenze e ricoveri in RSA). Le regioni sono state impegnate ad istituire fino alla fine del periodo emergenziale Unità speciali di continuità assistenziale per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 senza necessità di ricovero ospedaliero. Idonee risorse sono state destinate anche per gli incrementi tariffari da destinare agli enti e alle aziende accreditate con il Servizio sanitario per il riconoscimento della specifica funzione assistenziale per i pazienti COVID-19. Inoltre, per garantire maggiore supporto ai sistemi sanitari regionali è stata autorizzata l'istituzione, presso il Dipartimento della protezione civile, di unità composte da medici, infermieri ed OSS su base volontaria attraverso appositi bandi.

Di seguito, si riportano le misure aggiornate adottate dal Governo, in ordine cronologico inverso:

- **15/06/22:** decreto-legge che introduce novità in materia di infrastrutture e mobilità sostenibili. Il decreto stabilisce la proroga al 30 settembre 2022 dell'obbligo dell'uso delle mascherine Ffp2 sui mezzi pubblici di trasporto esclusi gli aerei, nelle Rsa e nelle strutture sanitarie.
- **30/03/22:** Dpcm di nomina del maggior generale dell'Esercito Tommaso Petroni a Direttore dell'Unità per il completamento della campagna vaccinale e per l'adozione di altre misure di contrasto alla pandemia, a decorrere dal 1° aprile.
- **17/03/22:** decreto-legge che introduce disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza.
- **03/02/22:** decreto-legge che introduce misure urgenti in materia di certificazioni verdi COVID-19 e per lo svolgimento delle attività nell'ambito del sistema educativo, scolastico e formativo. In particolare, si modificano le regole per la gestione della crisi pandemica in ambito scolastico e per i visitatori stranieri in Italia. Inoltre, le certificazioni verdi COVID-19 rilasciate dopo la terza dose hanno efficacia senza necessità di nuove vaccinazioni. Al regime di chi si è sottoposto alla terza dose è equiparato chi ha contratto il COVID ed è guarito dopo il completamento del ciclo vaccinale primario.
- **21/01/22:** Dpcm che individua le esigenze essenziali e primarie della persona per soddisfare le quali non è richiesto il possesso del Green Pass, ai sensi del decreto-legge 7 gennaio 2022, n. 1.

- **05/01/22:** decreto-legge 1/2022 che introduce Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza COVID-19, in particolare nei luoghi di lavoro e nelle scuole. Il testo mira a "rallentare" la curva di crescita dei contagi relativi alla pandemia e a fornire maggiore protezione a quelle categorie che sono maggiormente esposte e che sono a maggior rischio di ospedalizzazione.
- **29/12/21:** decreto-legge che introduce misure urgenti per il contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19 e disposizioni in materia di sorveglianza sanitaria. Il testo prevede nuove misure in merito all'estensione del Green Pass rafforzato (che si può ottenere con il completamento del ciclo vaccinale e la guarigione) e le quarantene per i vaccinati.
- **23/12/21:** decreto-legge che introduce misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19 e per lo svolgimento in sicurezza delle attività economiche e sociali. Tra le misure: la riduzione della durata del green pass vaccinale da 9 a 6 mesi a partire 1° febbraio 2022, l'obbligo di indossare le mascherine anche all'aperto e anche in zona bianca; l'obbligo di indossare le mascherine di tipo FFP2 su tutti i mezzi di trasporto e in FFP2 in occasione di spettacoli all'aperto e al chiuso in teatri, sale da concerto, cinema, locali di intrattenimento e musica dal vivo (e altri locali assimilati) e per gli eventi e le competizioni sportivi che si svolgono al chiuso o all'aperto (in tutti questi casi è vietato il consumo di cibi e bevande al chiuso); l'estensione, fino alla cessazione dello stato di emergenza, dell'obbligo di Green Pass rafforzato alla ristorazione per il consumo anche al banco.
- **15/12/21:** decreto-legge che prevede la proroga dello stato di emergenza nazionale e delle misure per il contenimento dell'epidemia da COVID-19 fino al 31 marzo 2022.
- **24/11/21:** decreto-legge che introduce misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19 e per lo svolgimento in sicurezza delle attività economiche e sociali. Il testo prevede una serie di misure di contenimento della "quarta ondata" della pandemia Sars-Cov2 in quattro ambiti: obbligo vaccinale e terza dose; estensione dell'obbligo vaccinale a nuove categorie; istituzione del Green Pass rafforzato; rafforzamento dei controlli e campagne promozionali sulla vaccinazione.
- **12/08/21:** dpcm le linee guida relative all'obbligo di possesso e di esibizione della certificazione verde COVID-19 da parte del personale delle PA, a partire dal prossimo 15 ottobre, e il dpcm con le modalità di verifica del possesso delle certificazioni verdi COVID-19 in ambito lavorativo.
- **07/08/21:** decreto-legge che introduce disposizioni urgenti per l'accesso alle attività culturali, sportive e ricreative, nonché per l'organizzazione di pubbliche amministrazioni e in materia di protezione dei dati personali.
- **16/09/21:** decreto-legge che introduce misure urgenti per assicurare lo svolgimento in sicurezza del lavoro pubblico e privato mediante l'estensione dell'ambito applicativo della certificazione verde COVID-19 e il rafforzamento del sistema di screening.
- **10/09/21:** Decreto-legge estende l'obbligatorietà del Green Pass in ambito scolastico, della formazione superiore e socio sanitario-assistenziale.
- **22/07/21:** proroga fino al 31 dicembre 2021 lo stato di emergenza nazionale e ha deciso le modalità di utilizzo del Green Pass e nuovi criteri per la "colorazione" delle Regioni.
- **20/05/21:** decreto-legge 73/2021 "imprese, lavoro, giovani, salute e servizi territoriali". Il decreto interviene con uno stanziamento di circa 40 miliardi di euro, a valere sullo scostamento di bilancio già autorizzato dal Parlamento, al fine di potenziare ed estendere gli strumenti di contrasto alla diffusione del contagio e di contenere l'impatto sociale ed economico delle misure di prevenzione che sono state adottate.

- **21/04/21:** Decreto-Legge che delinea il cronoprogramma relativo alla progressiva eliminazione delle restrizioni rese necessarie per limitare il contagio da virus SARS-CoV-2, alla luce dei dati scientifici sull'epidemia e dell'andamento della campagna di vaccinazione.
- **31/03/21:** Decreto-legge che prevede la proroga fino al 30 aprile 2021 dell'applicazione delle disposizioni del Dpcm 2 marzo 2021 (salvo che le stesse contrastino con quanto disposto dal medesimo decreto-legge) e di alcune misure già previste dal Decreto-legge 13 marzo 2021, n. 30. In particolare, la proroga riguarda: l'applicazione nelle zone gialle delle misure della zona arancione; l'estensione delle misure previste per la zona rossa in caso di particolare incidenza di contagi (superiori a 250 casi ogni 100mila abitanti e nelle aree con circolazione delle varianti) sia con ordinanza del Ministro della salute che con provvedimento dei Presidenti delle Regioni; la possibilità, nella zona arancione, di uno spostamento giornaliero verso una sola abitazione privata abitata in ambito comunale. Il testo prevede la possibilità entro il 30 aprile di apportare modifiche alle misure adottate attraverso specifiche deliberazioni del Consiglio dei ministri.
- **19/03/21:** Decreto-legge interviene, con uno stanziamento di circa 32 miliardi di euro, pari all'entità massima dello scostamento di bilancio già autorizzato dal Parlamento, al fine di potenziare gli strumenti di contrasto alla diffusione del contagio da COVID-19 e di contenere l'impatto sociale ed economico delle misure di prevenzione adottate.
- Decreto-legge **13 marzo 2021**, n. 30 Misure urgenti per fronteggiare la diffusione del COVID-19 e interventi di sostegno per lavoratori con figli minori in didattica a distanza o in quarantena.
- Dpcm **2 marzo 2021:** Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 23 febbraio 2021, n. 15, recante «Ulteriori disposizioni urgenti in materia di spostamenti sul territorio nazionale per il contenimento dell'emergenza epidemiologica da COVID-19».
- Decreto-legge **23 febbraio 2021**, n. 15 Ulteriori disposizioni urgenti in materia di spostamenti sul territorio nazionale per il contenimento dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n.45 del 23-02-2021)
- Decreto-legge **12 febbraio 2021**, n. 12 Ulteriori disposizioni urgenti in materia di contenimento dell'emergenza epidemiologica da COVID-19
- Dpcm **14 gennaio 2021** Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n.19, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 14 gennaio 2021 n. 2, recante «Ulteriori disposizioni urgenti in materia di contenimento e prevenzione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e di svolgimento delle elezioni per l'anno 2021».
- Decreto-legge **14 gennaio 2021**, n. 2 Ulteriori disposizioni urgenti in materia di contenimento e prevenzione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e di svolgimento delle elezioni per l'anno 2021.
- Delibera del Consiglio dei Ministri **13 gennaio 2021** Proroga dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.

- Decreto-legge **18 dicembre 2020**, n. 172 Ulteriori disposizioni urgenti per fronteggiare i rischi sanitari connessi alla diffusione del virus COVID-19. (GU Serie Generale n.313 del 18-12-2020) Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla Legge 29 gennaio 2021, n. 6
- Decreto-legge **28 ottobre 2020**, n. 137 Ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese, giustizia e sicurezza, connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19. (GU Serie Generale n.269 del 28-10-2020) Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla Legge 18 dicembre 2020, n. 176)
- Decreto-legge **7 ottobre 2020**, n. 125 Misure urgenti connesse con la proroga della dichiarazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, per il differimento di consultazioni elettorali per l'anno 2020e per la continuità operativa del sistema di allerta COVID, nonché per l'attuazione della direttiva (UE) 2020/739 del 3 giugno 2020, e disposizioni urgenti in materia di riscossione esattoriale.
- Decreto-legge **14 agosto 2020**, n. 104 Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia. (GU Serie Generale n.203 del 14-08-2020) Decreto-Legge convertito, con modificazioni, dalla Legge 13 ottobre 2020, n. 126
- Decreto-legge **30 luglio 2020**, n. 83 Misure urgenti connesse con la scadenza della dichiarazione di emergenza epidemiologica da COVID-19 deliberata il 31 gennaio 2020 e disciplina del rinnovo degli incarichi di direzione di organi del Sistema di informazione per la sicurezza della Repubblica. (GU Serie Generale n.190 del 30-07-2020) DL convertito con modificazioni dalla Legge 25 settembre 2020, n. 124
- Delibera del Consiglio dei Ministri del **29 luglio 2020** Proroga dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili
- Dpcm **23 luglio 2020** Definizione dei criteri di priorità delle modalità di attribuzione delle indennità agli enti gestori delle strutture semiresidenziali per persone con disabilità che, in conseguenza dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, devono affrontare gli oneri derivati dall'adozione di sistemi di protezione del personale e degli utenti
- Decreto-legge **19 maggio 2020**, n. 34 Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19
- Decreto-legge **16 maggio 2020**, n. 33 Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19
- Dpcm **12 maggio 2020** Integrazione Comitato di esperti in materia economica e sociale.
- Decreto-legge **10 maggio 2020**, n. 30 Misure urgenti in materia di studi epidemiologici e statistiche sul SARS-COV-2
- Decreto-legge **30 aprile 2020**, n. 28 Misure urgenti per la funzionalità dei sistemi di intercettazioni di conversazioni e comunicazioni, ulteriori misure urgenti in materia di ordinamento penitenziario, nonché disposizioni integrative e di coordinamento in materia di giustizia civile, amministrativa e contabile e misure urgenti per l'introduzione del sistema di allerta Covid-19
- Dpcm **10 aprile 2020** Istituzione del Comitato di esperti in materia economica e sociale.
- Decreto-legge **8 aprile 2020**, n. 23 – Decreto Liquidità Misure urgenti in materia di accesso al credito e di adempimenti fiscali per le imprese, di poteri speciali nei settori strategici, nonché interventi in materia di salute e lavoro, di proroga di termini amministrativi e processuali

- Decreto-legge **8 aprile 2020**, n. 22 Misure urgenti sulla regolare conclusione e l'ordinato avvio dell'anno scolastico e sullo svolgimento degli esami di Stato
- Decreto-legge **25 marzo 2020**, n. 19 Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- Decreto-legge **17 marzo 2020** n. 18 - Decreto Cura Italia Misure di potenziamento del servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19
- Delibera del Consiglio dei Ministri **31 gennaio 2020** Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili
- Ordinanza del Ministro della salute **30 gennaio 2020**: Misure profilattiche contro il nuovo Coronavirus (2019 - nCoV).

2.3 Legislazione regionale per fronteggiare la pandemia da Covid 19

Di seguito vengono elencati gli atti e i provvedimenti amministrativi adottati per contrastare la diffusione del COVID-19 sul territorio regionale del Friuli-Venezia Giulia e per la ripartenza delle attività economiche⁴⁹:

- Ordinanza contingibile e urgente n. 12/PC del **29 maggio 2021**: Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da SARS-CoV-2. Contiene le "Linee guida per la ripresa delle attività economiche e sociali" del 28 maggio 2021 della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 11/PC del **24 aprile 2021**: Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 in materia di Trasporto Pubblico.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 10/PC del **10 aprile 2021**: Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 in materia di Trasporto Pubblico.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 9/PC del **6 aprile 2021**: Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 in materia di Trasporto Pubblico.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 8/PC del **27 marzo 2021**: Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 in materia di Trasporto Pubblico.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 7/PC del **20 marzo 2021**: Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 in materia di Trasporto Pubblico
- Ordinanza contingibile e urgente n. 6/PC del **6 marzo 2021**: Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 in materia di Trasporto Pubblico.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 5/PC del **3 marzo 2021**: Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 4/PC del **14 febbraio 2021**: Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.

⁴⁹ <https://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFGV/salute-sociale/COVID19/FOGLIA3/>

- Ordinanza contingibile e urgente n. 3/PC del **31 gennaio 2021**: Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 2/PC del **16 gennaio 2021**: Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- Ordinanza **2/2021** - Allegato 1: Indicatori - Report 32, 33 e 34.
- Ordinanza **2/2021** - Allegato 2: Ministero della Salute - Report 34 - Sintesi nazionale.
- Ordinanza **2/2021** - Allegato 3: Incidenza - Settimana 27 dicembre 2020/3 gennaio 2021.
- Ordinanza **2/2021** - Allegato 4: Rapporto ISS COVID-19 n. 63 /2020.
- Ordinanza **2/2021** - Allegato 5: Retrospective analysis of the Italian exit strategy from COVID-19 lockdown.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 1/PC del 4 gennaio 2021: Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 45/PC del **5 dicembre 2020**: Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 43/PC del **23 novembre 2020**: Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 42/PC del **14 novembre 2020**: Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 41/PC del **12 novembre 2020**: Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 40/PC **dell'8 novembre 2020**: Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 in materia di Trasporto Pubblico Locale. Ulteriori disposizioni.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 39/PC 38/PC, 37/PC, del **23 ottobre 2020**: Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 36/PC del **17 ottobre 2020**: Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 35/PC del **16 ottobre 2020**: Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 34/PC del **14 ottobre 2020**: Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. Linee di indirizzo per la gestione dei contatti di casi confermati di COVID-19 all'interno delle scuole e dei servizi per l'infanzia.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 33/PC **del 10 ottobre 2020**: Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 32/PC del **9 ottobre 2020**: Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 31/PC del **6 ottobre 2020**: Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 30/PC del **30 settembre 2020**: Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.

- Ordinanza contingibile e urgente n. 29/PC del 25 settembre 2020 e allegati protocolli sanitari per eventi sportivi negli stadi di Udine e Trieste. Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 28/PC del 9 settembre 2020: Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 in materia di Trasporto Pubblico. Ulteriori disposizioni.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 27/PC del 31 agosto 2020: Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 26/PC del 31 agosto 2020: Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 in materia di Trasporto Pubblico Locale. Ulteriore proroga di validità dell'Ordinanza contingibile e urgente n. 19/PC del 26 giugno 2020.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 25/PC del 28 agosto 2020: Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 24/PC del 2 agosto 2020: Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 in materia di Trasporto Pubblico Locale. Ulteriore proroga di validità dell'Ordinanza contingibile e urgente n. 19/PC del 26 giugno 2020. Precisazioni.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 23/PC del 31 luglio 2020: Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 in materia di Trasporto Pubblico Locale. Ulteriore proroga di validità dell'Ordinanza contingibile e urgente n. 19/PC del 26 giugno 2020.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 22/PC del 31 luglio 2020: Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- Ordinanza contingibile e urgente n. 1/PC del 1° marzo 2020: Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.

2.4 Disposizioni europee per la limitazione della pandemia nelle RSA

La pandemia associata alla malattia da COVID-19 ha rappresentato una minaccia globale per tutti i Paesi, con impatti economici e sanitari senza precedenti. A subire le conseguenze immediate di una situazione così difficilmente controllabile è stato, primariamente, il settore delle cure a lungo termine (*Long-term care, LTC*), fulcro di qualità assistenziale per la popolazione di anziani e fragili che convivono spesso con patologie multiple. All'interno delle Rsa gli operatori sanitari sono diventati il principale vettore di diffusione del virus esponendo i residenti ad un elevato rischio di infezione e di morte, poiché, la mortalità da Covid si correla all'avanzare dell'età e alle comorbidità cardiache, metaboliche e respiratorie⁵⁰.

Gli ultraottantenni costituiscono oltre il 50% dei destinatari dei servizi assistenziali nelle strutture residenziali e sembrerebbe che la maggior parte dei decessi riconducibili al covid si concentri proprio

⁵⁰ AGE Platform Europe, COVID-19: *Older persons' rights must be equally protected during the pandemic*, <https://www.age-platform.eu/policy-work/news/covid-19-olderpersons%E2%80%99-rights-must-be-equally-protected-during-pandemic>, 2020

in questa fascia d'età⁵¹. Il riscontro della pandemia sulla mortalità degli anziani ha spinto i Paesi europei ad applicare rigorose misure di attenuazione e strategie di contenimento del virus a livello delle Rsa, adottando una serie di accortezze che potessero proteggere il personale sanitario e di conseguenza i residenti delle strutture. Le Rsa, come task force di assistenza a lungo termine, si sono mobilitate rispondendo prontamente alle direttive europee attraverso una serie di interventi mirati alla prevenzione e al controllo delle infezioni, mediati dall'impiego di DPI e dall'adozione di norme igieniche, alla riduzione e al monitoraggio delle relazioni interpersonali consentite in struttura e al tracciamento e alla gestione dei casi di positività, con pronta somministrazione dei booster vaccinali⁵².

Nonostante le linee guida emanate dall'OMS e dell'Unione siano state uniformi, ogni Paese ha optato per disegni di contenimento e mitigazione propri, come evidenziato dai diversi livelli di rigore mostrati in colonna 3 della tabella sottostante. Le restrizioni all'interno delle Rsa comprendevano sia divieti che limitazioni alle visite all'interno della struttura, con una riduzione dei contatti tra residenti e familiari e delle attività ricreative in gruppo. Tali misure sono state associate alla pulizia e alla disinfezione degli ambienti e alla promozione di normative igieniche personali tra gli assistiti, il personale e i visitatori⁵³.

Figura 3: Panoramica delle misure adottate nel 2020 per proteggere i destinatari di assistenza e i lavoratori dal Covid e per garantire la continuità delle cure durante la crisi

⁵¹ Morgan, D. et al., "Excess mortality: Measuring the direct and indirect impact of COVID19", OECD Health Working Papers, No. 122, OECD Publishing, Paris 2020, <https://dx.doi.org/10.1787/c5dc0c50-en>

⁵² Berloto, S. et al., *Italy and the COVID-19 long-term care situation, International long-term care policy network*, <https://lab.gedidigital.it/gedi-visual/2020/coronavirus-i-contagi-initalia/?ref=RHPPRB-BS-I254751933-C4-P1>, 2020

⁵³ Rios, P. et al., "Preventing the transmission of COVID-19 and other coronaviruses in older adults aged 60 years and above living in long-term care: a rapid review", *Systematic Reviews* 2020, Vol. 9/1, <http://dx.doi.org/10.1186/s13643-020-01486-4>.

Country	Improve access to PPE (funding or direct distribution)	Prioritised testing of care home residents and staff	Restrictions within facilities (restricted visits, isolation measures)	Boosting staff numbers (funding or staff redeployment)	Expanded telehealth services	Coordination between LTC and primary care/hospital	Change in regulations/ inspections	Prioritised Vaccination of care home residents and staff
Australia	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Austria		✓	✓	✓	✓		✓	
Belgium	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Canada	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Chile	✓	✓	✓	✓		✓		✓
Colombia	✓	✓	✓		✓	✓		✓
Czech Republic	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Denmark	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Estonia	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Finland	✓		✓		✓	✓		✓
France	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Germany	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Greece	✓	✓	✓		✓	✓		✓
Hungary	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Iceland			✓					
Ireland	✓		✓	✓	✓		✓	✓
Israel ¹⁰		✓	✓					✓
Italy	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Japan	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Latvia	✓		✓	✓		✓		✓
Lithuania	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Luxembourg	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Mexico								
Netherlands	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
New Zealand								
Norway	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Poland	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Portugal	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Slovak Republic			✓		✓			
Slovenia	✓	✓	✓	✓		✓		✓
South Korea	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Spain	✓	✓	✓	✓				
Sweden	✓	✓	✓	✓			✓	✓
Switzerland	✓				✓			
Turkey								
United Kingdom	✓	✓	✓	✓	✓			✓

Fonte: Rios et al., 2020

Nonostante le iniziali difficoltà legate alla reperibilità di DPI e test antigenici, ben 30 Paesi hanno sviluppato politiche per migliorare la disponibilità dei dispositivi di protezione e 24 hanno dato priorità ai test per monitorare la positività di residenti e personale.

In molte Nazioni l'obiettivo di garantire la continuità dell'assistenza, ampliare i servizi di tele-sanità⁵⁴ e migliorare il coordinamento tra le cure nelle strutture residenziali e l'assistenza primaria ospedaliera è stato portato avanti attraverso politiche di ampliamento del numero degli operatori sanitari: sono stati per questo stanziati finanziamenti in almeno 26 paesi dell'Unione per assumere nuovo personale, inclusi studenti o assistenti sanitari recentemente in pensione, ma anche personale addetto alla riorganizzazione e squadre di risposta rapida costituite dall'esercito o volontari. Per consentire tali misure 24 nazioni sono state costrette ad allentare le politiche di monitoraggio ed ispezione delle strutture, pur consentendo la continuità delle cure assistenziali per mezzo di supporti digitali ed informatici che hanno evitato il totale isolamento sociale degli anziani, mantenendo i contatti a distanza con amici e familiari.

Il coordinamento tra Rsa e altre strutture sanitarie ha sempre rappresentato un problema in termini di gestione organizzativa. La qualità assistenziale è talvolta messa a repentaglio tra gli ospedali, la sanità primaria e l'assistenza sociale e la pandemia ha sicuramente contribuito ad esacerbare tale divario. Per queste ragioni, sono stati adoperati notevoli sforzi per incrementare il grado di collaborazione tra le diverse strutture sanitarie, al fine di assicurare la continuità delle cure alla popolazione anziana: 24 Paesi si sono impegnati ad impiegare nuovo personale medico nelle loro strutture e ad attuare misure per coprire i costi extra legati all'emergenza. Inoltre, da quando si è resa disponibile la vaccinazione 28 nazioni hanno dato la priorità ai residenti e al personale delle case di cura nella somministrazione delle dosi. Per ottimizzare tempi e modalità di somministrazione dei vaccini, le linee guida europee hanno sostenuto l'intervento di squadre mobili all'interno delle strutture, indicando ai medici di medicina generale ed infermieri di procedere con i booster vaccinali.

Tuttavia, dall'inizio della pandemia fino all'introduzione della vaccinazione, le azioni di contenimento e mitigazione non mediche sono state le uniche opzioni politiche che i Paesi europei hanno potuto adottare per prevenire la diffusione del covid nelle Rsa. Ciò riflette un contesto di informazioni limitate sulla storia naturale dell'infezione e l'assenza di un trattamento profilattico efficace. Di seguito, descriviamo le diverse modalità di intervento adottate allo scopo di prevenire la diffusione del focolaio virale dalla sua fase di accelerazione esponenziale:

Pratiche igieniche e disinfezione degli ambienti: le indicazioni dell'Unione per la riorganizzazione delle Rsa in tempi di pandemia contenevano una serie di misure e raccomandazioni in cui il controllo delle infezioni risultava prioritario.

⁵⁴ Padala, S., A. Jendro and L. Orr, "Facetime to reduce behavioral problems in a nursing home resident with Alzheimer's dementia during COVID-19", Psychiatry Research 2020, Vol. 288, p. 113-128, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113028>.

Il programma di prevenzione e monitoraggio delle infezioni è fondamentale per proteggere sia i residenti che il personale. Alcune prove dell'efficacia di queste misure derivano da evidenze pregresse analizzando il decorso di precedenti epidemie. L'igiene delle mani e la pulizia regolare degli ambienti sono state associate ad una drastica riduzione della diffusione di patogeni come già dimostrato durante l'epidemia di SARS a Hong Kong, nel 2002-2004, dove i casi di positività riguardavano prevalentemente persone non abituate ad utilizzare una mascherina in pubblico (probabilità dello 0,36) o ad un lavaggio delle mani 11 o più volte al giorno⁵⁵.

Uno studio condotto durante l'influenza pandemica di tipo A(H1N1) del 2009 ha mostrato una riduzione dal 35% al 51% nell'incidenza di malattie simili all'influenza quando si impiegano mascherine o si effettuano pratiche di igiene delle mani e mentre si tossisce. Allo stesso modo, una metanalisi ha rilevato che la combinazione di mascherine e norme igieniche riduca il rischio di infezione da influenza del 27%⁵⁶. Per attuare tali misure è stata necessaria una formazione supplementare dei lavoratori e una migliore gestione delle forniture. Prima della pandemia, diversi focolai di malattie infettive si sono sviluppati proprio a causa di pratiche di controllo delle infezioni non ottimali tra cui una decontaminazione inadeguata degli ambienti e una scarsa igiene delle mani⁵⁷. Secondo un'analisi di Medici Senza Frontiere che ha valutato 135 residenze per anziani in tutto il Paese, fino a metà del 2020 molte case di cura non disponevano di strumenti sufficienti ad attuare una disinfezione corretta delle strutture: il 15% delle Rsa valutate non disponeva di prodotti virucidi, il 19% non disinfettava in modo adeguato i dispositivi medici nella fase iniziale della pandemia, mentre quasi un terzo delle case di cura esaminate non separa il flusso di biancheria sporca da quello pulita o non gestiva in maniera appropriata i rifiuti per prevenire la diffusione dell'infezione⁵⁸.

Per arginare queste problematiche in alcuni paesi sono intervenute squadre mobili speciali per rafforzare l'igiene e la pulizia, anche se spesso il loro intervento non è stato avviato nel periodo iniziale di pandemia⁵⁹:

Restrizioni alle visite, circolazione dei residenti e misure di isolamento: La maggior parte dei Paesi ha modulato le politiche rivolte ai visitatori nel corso della pandemia. Molte nazioni, dopo aver inizialmente vietato l'ingresso dei visitatori, ad eccezione di situazioni di emergenza o di parenti in fin di vita, hanno gradualmente allentato tali divieti pur mantenendo restrizioni sui numeri, la

⁵⁵ Tse, M., S. Pun, and I. Benzie, "Experiencing SARS: perspectives of the elderly residents and health care professionals in a Hong Kong nursing home.", *Geriatric nursing* 2003, p. 266-269

⁵⁶ OECD, *Flattening the COVID-19 peak: Containment and mitigation policies*, OECD Publishing 2020

⁵⁷ Lee, M. et al., "Effectiveness and core components of infection prevention and control programmes in long-term care facilities: a systematic review", *Journal of Hospital Infection* 2019, p. 377-393

⁵⁸ Médecins Sans Frontières, *Les laissés pour compte de la réponse au Covid-19, Partage d'expérience sur l'intervention de Médecins Sans Frontières dans les maisons de repos de Belgique*, 2020

⁵⁹ Senat, *Santé publique: pour un nouveau départ - Leçons de l'épidémie de Covid-19* 2020

frequenza o le condizioni di accesso. L'Inghilterra, per esempio, permette le visite ma le limita a due persone al giorno; nella Repubblica Ceca le visite sono state inizialmente e poi autorizzate in presenza di test antigienici risultati negativi. In Estonia e in Ungheria le visite nelle strutture residenziali sono state consentite solo previo utilizzo di DPI e mantenendo 2 metri di distanza e, se possibile, in sale riunioni speciali o all'aperto. In Francia e in Lituania sono state incoraggiate e agevolate le visite virtuali tramite supporti informatici, in Grecia le visite sono state consentite nel periodo giugno-luglio 2020, quando la curva di positività aveva subito una lieve flessione; in Lettonia occorreva prenotare una visita in anticipo e gli incontri si svolgevano solo in presenza di personale, con il visitatore e residente a distanza. Nei Paesi Bassi inizialmente c'era il divieto alle visite, dal 1° maggio 2020 è stato consentito l'ingresso ad un visitatore e dal 15 giugno a due o più⁶⁰. Quanto ai nuovi ricoveri, il Belgio e la Grecia hanno raccomandato un periodo di quarantena per i nuovi residenti anche con tamponi all'ingresso negativi.

Le principali attività di gruppo come la ristorazione collettiva e le attività ricreative sono state fortemente limitate. In cinque paesi (Belgio, Francia, Germania, Lituania, Portogallo) si è raccomandato di consumare pasti individuali nelle camere da letto sebbene vi sia stata una differenziazione regionale in base all'incidenza della malattia, mentre altri hanno mantenuto il regolare svolgimento di tali attività, incoraggiando tuttavia la distanza tra i residenti. In Danimarca, per esempio, le indicazioni erano quelle di pianificare attività e pasti congiunti in piccoli gruppi possibilmente frazionandoli nel tempo. In Inghilterra, le linee guida suggerivano di effettuare una valutazione del rischio al fine di valutare la reale necessità di imporre limitazioni alle attività comunitari nelle case di cura, come guardare la TV e praticare giochi in compagnia o esercizio fisico. Infine, in Finlandia, Francia e Germania, le misure si sono evolute nel tempo in base alla situazione epidemiologica, alternando periodi di divieto completo a periodi di allentamento delle restrizioni.

Impiego di DPI: anche prima della pandemia diversi Paesi lamentavano difficoltà nella reperibilità di forniture e prodotti medici. Tali criticità sono state implementate all'inizio della diffusione del Covid. In una scala da 1 (assenza di problemi) a 5 (estremamente impegnativo) molte Rsa europee si collocavano al punteggio 4 relativamente alla fornitura di DPI. In un sondaggio effettuato in Inghilterra tra gli operatori sanitari, il 44% del personale associava la mancata sicurezza sul lavoro alla carenza di dispositivi medici, il 16% ha dichiarato di non aver ricevuto i DPI necessari e un ulteriore 16% di non essere stato adeguatamente formato circa le procedure di utilizzo degli stessi⁶¹. In alcuni paesi l'accesso ai DPI nelle Rsa è stato molto più complicato rispetto agli ospedali: alcune

⁶⁰ Verbeek, H. et al., "Allowing Visitors Back in the Nursing Home During the COVID-19 Crisis: A Dutch National Study Into First Experiences and Impact on Well-Being", Journal of the American Medical Directors Association 2020, Vol. 21/7, pp. 900-904

⁶¹ Hussein S., (2020), <https://www.pssru.ac.uk/blog/the-impact-of-covid-19-on-social-care-workersworkload/>.

disuguaglianze si sono verificate ad esempio in Danimarca dove l'Agenzia danese per i medicinali ha contattato i fornitori di DPI e ha chiesto loro di dare priorità alla consegna alle regioni e quindi per gli ospedali. Di conseguenza, i comuni sono stati costretti a trovare altri fornitori causando una carenza di DPI nei comuni⁶². Dopo gli ostacoli iniziali, la maggior parte dei paesi ha pubblicato linee guida sull'uso dei DPI nelle Rsa facilitandone il più rapido accesso possibile. La maggior parte dei paesi ha pubblicato le linee guida intorno marzo 2020, preceduti da Lituania, Slovenia e Regno Unito e nella maggior parte dei casi i governi, nazionali e locali, si sono impegnati nel finanziamento delle forniture mediche.

Accertamento di positività: come per i dispositivi di protezione individuale, all'inizio della pandemia, un'altra difficoltà riguardava la reperibilità dei tamponi, soprattutto in Italia in cui la capacità di rintracciare e controllare la diffusione del virus nelle case di cura è stata un'ardua impresa. Nel nostro Paese il tracciamento dei casi sospetti, tra residenti e personale sanitario, si è evoluto molto a rilento, tant'è che nel luglio del 2020 le procedure non prevedevano test neanche per i residenti delle Rsa con sintomi⁶³. In Francia, i test di massa per gli anziani sintomatici e asintomatici sono iniziati il 22 aprile 2020 per consentire un rilevamento dei casi in modo più approfondito. Quasi il 60% dei paesi OCSE (organizzazione europea per la cooperazione e lo sviluppo economico) ha attuato misure per aumentare la capacità di test per i lavoratori e i residenti delle Rsa. In 13 paesi le strutture hanno ricevuto supporto che comprendeva formazione e attrezzature per il personale; 11 paesi hanno istituito squadre mobili per facilitare i test e i 10 Stati membri hanno erogato fondi supplementari alle strutture per finanziare i tamponi. Nella stragrande maggioranza dei paesi il costo dei test per gli operatori sanitari e per i residenti è stato coperto dal governo, come in Germania, dove il governo federale forniva e finanziava volontari e personale delle Forze Armate per effettuare tamponi o in Grecia, dove a partire da febbraio 2021 una nuova legislazione ha permesso agli ospedali di fornire alle Rsa test rapidi gratuiti.

2.5 Disposizioni nazionali per la limitazione della pandemia nelle Rsa

Nel nostro Paese le indicazioni sugli ambiti di prevenzione e preparazione delle Rsa per gestire i casi sospetti/probabili/confermati di Covid riguardavano sia misure generali, che hanno previsto un rafforzamento dei programmi e dei principi fondamentali di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, che specifiche. In quest'ultima categoria rientravano: la predisposizione di misure di carattere organizzativo per prevenire l'ingresso di casi di positività in struttura, la creazione

⁶² Rostgaard, T., *COVID-19 long-term care situation in Denmark*, International long term care policy network 2020

⁶³ Berloto, S. et al., *Italy and the COVID-19 long-term care situation*, International long-term care policy network 2020

di percorsi a senso unico con separazione di aree “pulite” e “contaminate”, l’organizzazione degli accessi dei fornitori, gestione in sicurezza della ripresa delle attività di gruppo e della condivisione di spazi comuni comprendente il mantenimento della distanza di sicurezza e delle altre misure precauzionali. A tale obiettivo, il DPCM del 11 giugno, Art. 9, prevedeva che le attività sociali e socio-sanitarie erogate dietro autorizzazione o in convenzione, venissero riattivate secondo piani territoriali adottati dalle Regioni, assicurando il rispetto delle disposizioni per la prevenzione del contagio e la tutela della salute degli utenti e degli operatori. Ai sensi di questo decreto i residenti portatori di disabilità motorie o con disturbi dello spettro autistico, disabilità intellettiva o sensoriale o problematiche psichiatriche e comportamentali o non autosufficienti con necessità di supporto, erano esonerati dall’indossare la mascherina e dal mantenere il distanziamento sociale con i propri accompagnatori o operatori di assistenza che dovevano però usare gli appropriati DPI per la protezione respiratoria e oculare. Ulteriori misure specifiche riguardavano la formazione del personale di assistenza per la corretta adozione delle precauzioni specifiche e delle procedure d’isolamento e quarantena, l’accesso regolamentato alla struttura ai soli visitatori dei residenti, tramite percorsi “puliti”, per tutta la durata dell’emergenza epidemica, secondo valutazione del Direttore della Struttura, il divieto di visite ai residenti in isolamento e quarantena, se non in casi eccezionali, l’ utilizzo della telemedicina per le visite dei residenti da parte degli MMG, l’adeguato ricambio di aria negli alloggi dei residenti, come anche nelle aree di passaggio/comuni e test di screening degli operatori sanitari e socio-sanitari e loro responsabilizzazione al rispetto del distanziamento fisico, dell’appropriato uso della mascherina e degli altri provvedimenti in vigore⁶⁴.

Tra i provvedimenti generali previsti per le Rsa è risultato fondamentale istituire la figura di un referente, identificato come singolo o gruppo operativo, che si occupasse della prevenzione e controllo del virus. Tali professionisti, adeguatamente formati ed addestrati dovevano collaborare con il medico competente e i referenti del rischio clinico e del rischio infettivo dell’azienda sanitaria di riferimento e agire in sinergia con la funzione di gestione del rischio sanitario. Grazie ai referenti è stato possibile assicurare il coordinamento di tutti gli interventi e garantire un flusso informativo efficace e rapporti con gli Enti e le Strutture di riferimento, mantenere le comunicazioni con operatori, residenti e familiari, adottare le precauzioni standard nell’assistenza di tutti i residenti e le precauzioni specifiche in base alle modalità di trasmissione dell’infezione da SARS-CoV-2 e alla valutazione del rischio nella struttura⁶⁵.

⁶⁴ Ministero della Salute, 2020-2021

⁶⁵ Circolare Ministero della Salute n. 18584 del 29/05/2020. Ricerca e gestione dei contatti di casi COVID-19 (Contact tracing) ed App Immuni <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=74178>

Tutto il personale sanitario e di assistenza, compresi gli addetti alle pulizie, alla ristorazione e allo smistamento dei rifiuti, ha ricevuto una formazione specifica sui principi di base relativi alle caratteristiche dell'infezione COVID-19, alle pratiche di situazioni di presentazione di casi sospetti, a precauzioni standard per l'assistenza a tutti i residenti e per la prevenzione di malattie trasmesse per contatto e droplet nell'assistenza di casi sospetti o probabili, nonché all'utilizzo appropriato dei DPI, con particolare attenzione al cambio dei dispositivi nell'assistenza tra un residente e l'altro⁶⁶. La formazione e l'addestramento degli operatori sono state strutturate su sessioni obbligatorie di 2-3 ore che prevedano esercitazioni e presentazione di video.

La formazione del personale sanitario è stata associata all'educazione sanitaria fornita ai residenti delle Rsa con la consapevolezza delle possibili difficoltà di comprensione dovute all'avanzare dell'età e al declino cognitivo presente nella maggior parte degli anziani bisognosi di cure. L'adeguata sensibilizzazione dei residenti e dei visitatori autorizzati è stata fondamentale per prevenire il contagio, veicolato soprattutto in fase di attività ricreative che prevedevano sempre il rispetto della distanza di sicurezza di almeno un metro.

Le misure di carattere organizzativo per prevenire la diffusione del virus nelle strutture residenziali riguardavano la preparazione delle Rsa prima e al momento delle visite. Sono stati elaborati protocolli scritti per regolamentare gli ingressi dei familiari, predisposti dispenser di gel per l'igiene delle mani e apposti percorsi per limitare il transito dei visitatori nelle aree comuni, con percorsi separati di entrate ed uscite, sono state strutturate le visite solo previo appuntamento, consentendo l'accesso ad un solo familiare. Al momento della visita è stato previsto un sistema di tracciamento di tutti gli ingressi di coloro che non facevano parte dello staff per almeno 14 gg, monitorando la temperatura corporea e richiedendo ai visitatori di dichiarare l'assenza di condizioni di salute compromettenti attraverso la compilazione di apposita modulistica. È stato richiesto a tutti i visitatori di indossare correttamente e per tutto il tempo della visita una mascherina medica o chirurgica o altro DPI appropriato a seconda della valutazione del rischio da parte della struttura, evitando contatti fisici, la condivisione di oggetti o le soste prolungate.

Il monitoraggio attivo di segni e sintomi è risultato fondamentale per promuovere la corretta gestione dei casi sospetti: in ogni stanza di residenza dovrebbe essere presente soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani, i lavandini devono essere forniti di sapone e asciugamani di carta, tutte le superfici ad alta frequenza di contatto, come maniglie e corrimani devono essere pulite e sanificate almeno giornalmente. Devono essere identificate in tutte le strutture stanze in numero adeguato al quantitativo

⁶⁶ Gruppo di lavoro ISS, *Prevenzione e controllo delle Infezioni: Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-COV-2 nelle attività sanitarie e socio-sanitarie (assistenza a soggetti affetti da covid-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2*, Roma, Istituto Superiore di Sanità 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n.2/ 2020)

dei residenti che consentano la quarantena e l'isolamento di casi probabili o confermati di Covid, anche in presenza di sintomi di lieve entità. Data l'elevata specificità delle manifestazioni nell'attesa della conferma diagnostica tutti i casi sospetti sono stati considerati contagiosi e, in quanto tali, posti in isolamento con precauzioni da contatto. Il Ministero della salute ha fornito indicazioni per adottare in via prioritaria test diagnostici a persone a rischio di sviluppare una forma grave della malattia e fragili e, nel caso di focolai in residenza, i tamponi sono stati offerti anche al personale sanitario⁶⁷.

In ogni caso i sospetti positivi sono stati immediatamente posti in isolamento e segnalati al Dipartimento di prevenzione e sottoposti a tampone naso-faringeo anche attivando l'USCA, verificando, in caso di conferma, la fattibilità dell'isolamento e la disinfezione degli ambienti dove il residente soggiornava. Per i contatti stretti del positivo sono state disposte misure tempestive di isolamento e quarantena mentre per il malato è stata prevista la presenza infermieristica 7/24 e il supporto medico. Le visite, le attività collettive e la frequenza di procedure che comportavano contatti stretti sono state fortemente limitate in caso di accertamento di positività, limitando la permanenza del positivo nella propria area di appartenenza o trasferimenti in aree comuni che potessero agevolare il contagio. Ai sensi della Circolare del Ministero della salute del 29/5/ 2020, anche i compagni di stanza di un paziente covid, gli operatori che prestavano assistenza o terzi in visita al malato erano considerati contatti stretti e, pertanto, sono stati sottoposti a quarantena per 14 giorni, con un costante monitoraggio dei sintomi.

CAPITOLO 3 – “Il virus e l’impatto psicologico della pandemia COVID – 19”

3.1 Effetti psicologici durante le pandemie precedenti

Il Covid-19 rappresenta la più recente tra una serie di pandemie che, dal '900 ad oggi, hanno sconvolto il nostro pianeta: dall'influenza spagnola alla SARS, passando per l'Ebola e l'influenza aviaria, nell'ultimo secolo si sono succedute diverse epidemie, le cui conseguenze sono state arginate, nella maggior parte dei casi, grazie al progresso scientifico e all'impegno di ricercatori di tutto il mondo.

Attualmente ci stiamo ancora abituando alle circostanze in rapida evoluzione causate dal COVID, sorge spontaneo il confronto tra questa pandemia e la nota Influenza Spagnola che, nel biennio 1918-1920 costò la vita a circa 50 milioni di persone, quasi il doppio rispetto alle vittime della Prima Guerra Mondiale. Sebbene il primo caso fu registrato negli Stati Uniti, la pandemia deve il suo appellativo a

⁶⁷ Ministero della Salute del 3/4/2020 “*Pandemia di COVID-19 – Aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità. Aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio*”

causa della forte censura di guerra che all'epoca i giornali di tutto il mondo stavano attuando. In questo contesto, i quotidiani spagnoli furono semplicemente i primi a parlare di pandemia, e così si credette che fosse geograficamente limitata alla sola Spagna⁶⁸. L'influenza spagnola si è rivelata peculiare per diversi motivi, tra i quali l'elevata morbilità (500 milioni di casi) e mortalità, oltre al caratteristico sviluppo ad ondate, quattro in particolare in America: la prima nella primavera del 1918, quella epidemiologicamente più devastante nell'agosto dello stesso anno, ancora nell'inverno 1918/1919, e l'ultima all'inizio del 1920. Inoltre, a differenza della maggior parte delle forme influenzali, la malattia decimava anche i soggetti tradizionalmente più robusti della popolazione e relativamente giovani, conducendoli alla morte entro tre giorni dalla comparsa dei primi sintomi. Dalla comparsa dei primi casi di influenza spagnola i ricercatori si sono dedicati a identificare le origini e la natura del virus, fino ad arrivare alla metà degli anni '90 quando, Jeffrey Taubenberger e il suo team sequenziarono ed analizzarono filogeneticamente il virus responsabile, identificato come un virus H1N1 di origine aviaria e ritenuto l'antenato di quattro ceppi influenzali.

Rispetto ad altri aspetti della pandemia, sono state eseguite poche indagini sull'impatto a lungo termine dell'influenza spagnola sulla salute mentale. Uno dei pochi ricercatori ad indagare tali fattori fu il demografo storico Mamelund il quale, dopo aver osservato i ricoveri in Norvegia dal 1872 al 1929, scoprì che il numero di pazienti ricoverati per la prima volta, per disturbi mentali attribuibili all'influenza, era aumentato di un fattore annuo medio di 7.2 nei sei anni successivi alla pandemia⁶⁹. Evidenziò, inoltre, che i sopravvissuti all'influenza spagnola lamentavano disturbi del sonno, depressione, distrazione mentale, vertigini e difficoltà a far fronte al lavoro, e che i tassi di mortalità negli Stati Uniti durante gli anni 1918-1920 erano correlati positivamente ed in maniera significativa ai suicidi⁷⁰.

A partire da queste considerazioni diversi ricercatori notarono negli anni a venire una forte connessione tra l'incidenza della Spagnola ed un aumento pronunciato di patologie neurologiche, tant'è che già nel 1920 diversi medici inglesi segnalavano un tasso marcato di sintomi associati a malattie nervose tra pazienti in convalescenza per l'infezione influenzale; tra le altre manifestazioni principali, depressione, neuropatia, nevralgia, meningite, cambiamenti degenerativi nelle cellule nervose e un calo di acuità visiva erano le più comuni⁷¹. Parallelamente alla diffusione dell'influenza Spagnola molti individui hanno iniziato a sviluppare una forma di Encefalite letargica, descritta da

⁶⁸ Taubenberger JK., *The Origin and Virulence of the 1918 'Spanish' Influenza Virus*, Proceedings of the American Philosophical Society 2006, p. 86-112.

⁶⁹ Mamelund SE, *The Impact of Influenza on Mental Health in Norway, 1872-1929.*, Copenhagen, Carlsberg Academy 2010

⁷⁰ Mamelund SE. *Effects of the Spanish Influenza Pandemic of 1918-19 on Later Life Mortality of Norwegian Cohorts Born About 1900*. Working Paper 2003.

⁷¹ Henry J, Smeyne RJ, Jang H, et al., *Parkinsonism and Neurological Manifestations of Influenza Throughout the 20th and 21st Centuries*, Parkinsonism & Related Disorders 2010, p. 566-571

Hoffman e Vilensky come una sindrome caratterizzata da due fasi tra loro integrate⁷²: una fase acuta, in cui i pazienti, in genere, sperimentano eccessiva sonnolenza, disturbi della motilità oculare, febbre, e disturbi del movimento, anche se potrebbe manifestarsi qualsiasi segno o sintomo neurologico, giorno per giorno o ad orari alterni; e una fase cronica che potrebbe verificarsi mesi o anni più tardi e più comunemente associata a segni simili al Parkinson.

Alcuni medici e storici hanno identificato forti connessioni tra la pandemia e l'altro evento globale catastrofico della Prima guerra mondiale. A questo proposito, segnalano come l'impegno bellico abbia impoverito il personale medico, contribuendo alla diffusione del virus e alla creazione di condizioni che hanno agevolato mutazioni e la comparsa di altre forme influenzali lievi⁷³.

Quando si parla di salute mentale, i dati storici mostrano che la pandemia, così come la guerra, ha avuto un costo sulla resilienza emotiva anche in soggetti non direttamente coinvolti. La massiccia e improvvisa perdita dei familiari o di persone care ha contribuito a far precipitare molti in uno stato cronico di impotenza e ansia. Gran parte della popolazione è stata colpita dalla perdita dei propri cari, i genitori sono stati costretti a fare i conti con la perdita di uno o più figli, mentre alcuni bambini si sono improvvisamente ritrovati senza figure di riferimento.

Nel novembre 1918, 31.000 bambini nella sola città di New York avevano perso uno o entrambi i genitori. Per altri, l'esperienza pandemica ha generato un mix di sensi di colpa, rabbia, confusione ed abbandono, che non ha risparmiato gli operatori sanitari, perseguitati da un senso di frustrazione e dolore anche negli anni successivi⁷⁴.

Tra le pandemie più importanti che hanno caratterizzato la storia recente dell'umanità un ruolo altrettanto rilevante è rivestito dalla rapida diffusione del virus dell'HIV, agente eziologico dell'AIDS. Il virus dell'immunodeficienza umana (HIV), non è di per sé letale, ma attaccando il sistema immunitario ed in particolare i linfociti T CD4+ che giocano un ruolo chiave nei meccanismi di difesa dalle infezioni, una volta avvenuto il contagio, rende l'organismo progressivamente vulnerabile agli effetti di altri virus, batteri, protozoi e funghi, aumentando il rischio di sviluppare tumori⁷⁵. In assenza di un trattamento la storia naturale dell'infezione procede in tre step: fase acuta che si manifesta, in media, tra le 2 e le 4 settimane dopo il contagio ed è caratterizzata da sintomi aspecifici comuni a quelli di altre infezioni, della durata di giorni, talvolta settimane. Può anche essere del tutto asintomatica o passare inosservata. Questa è la fase più contagiosa dell'infezione perché è in

⁷² Hoffman LA, Vilensky JA., *Encephalitis Lethargica: 100 Years After the Epidemic*, Brain. 2017, p. 2246-2251.

⁷³ Phillips H., *The Recent Wave of 'Spanish' Flu*, Historiography. Social History of Medicine 2014, p. 789-808.

⁷⁴ Bristow NK, *American Pandemic: The Lost Worlds of the 1918 Influenza Epidemic*, Oxford and New York, Oxford University Press 2012.

⁷⁵ Lloyd A., "HIV infection and AIDS", P N G Med J. 1996, p. 174-80.

circolo una grande quantità di virus. Nella fase di latenza clinica si instaura l'infezione cronica; può durare anni ed essere caratterizzata da assenza di sintomi e apparente stato di benessere. Tuttavia, se non viene intrapreso il trattamento, il progressivo indebolimento del sistema immunitario determina la comparsa di segni e sintomi ad esso correlati. Fase della sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), caratterizzata dal grave deficit delle difese immunitarie, causato dalla distruzione dei linfociti da parte del virus per cui l'organismo non è più in grado di contrastare l'insorgenza di infezioni e malattie. Ad oggi fortunatamente, si può convivere con il virus attraverso lo sviluppo di terapie farmacologiche innovative. Tuttavia, a partire dalla conferma di sieropositività, la vita di un malato di AIDS subisce drastici cambiamenti sul profilo emotivo e psicologico⁷⁶.

Mentre il paziente si adegua alla diagnosi di AIDS, sperimenta ansia e depressione, che accompagnano le difficoltà tipiche di una malattia cronica. Convivere con l'AIDS è impegnativo, in quanto oltre ai dolori ricorrenti, le persone sperimentano condizioni di stigma sociale e frequenti discriminazioni. I disturbi mentali rappresentano la principale causa di disabilità legate alla salute e, colpendo il 10-20% dei bambini in tutto il mondo, costituiscono importanti fattori predittivi per la comparsa di fenomeni di psicosi in età adulta⁷⁷. Anche l'impatto psicologico dell'HIV è sinonimo di disordini mentali ed emotivi. Tali condizioni, se protratte e non adeguatamente gestite, possono causare più vittime di quelle effettivamente registrate per malattia primaria.

La depressione, il disturbo psichiatrico più frequentemente riportato, nonostante la sua elevata prevalenza, è comunemente sotto diagnosticata e di conseguenza non trattata nella popolazione generale perché viene spesso vista come una reazione subordinata ad altre condizioni mediche⁷⁸. Tuttavia, è una minaccia nella vita degli adolescenti e dei giovani che convivono con l'HIV ed è spesso innescata dallo sconforto derivante dall'elevato costo dei farmaci o da loro effetti collaterali, dallo stress o dalla progressione della malattia stessa⁷⁹. La prevalenza degli episodi depressivi aumenta con la gravità dei sintomi ma tende a diminuire con l'aiuto di interventi terapeutici. Pertanto, più la malattia è grave, più i suoi effetti si ripercuotono sulla salute mentale del paziente. Lo stato depressivo interferisce, inoltre, con la corretta aderenza alla terapia ART, combinazione di tre o più antiretrovirali con differenti meccanismi d'azione contro il virus. L'individuazione precoce e il

⁷⁶ Leserman J, Petitto JM, Perkins DO, et al., *Severe stress, depressive symptoms, and changes in lymphocyte subsets in human immunodeficiency virus-infected men*, Arch Gen Psychiatry 1997; p. 279–285.

⁷⁷ Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R., *Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow back of a prospective-longitudinal cohort*, Arch Gen Psychiatry 2003, p. 709–717

⁷⁸ Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, et al., *The usual care of major depression in primary care practice*, Arch Fam Med. 1997, p. 334–339

⁷⁹ Leserman J, Petitto JM, Perkins DO, et al., *Severe stress, depressive symptoms, and changes in lymphocyte subsets in human immunodeficiency virus-infected men*, Arch Gen Psychiatry 1997, p. 279–288

trattamento efficace della depressione promuovono un miglioramento della qualità di vita e tassi di sopravvivenza più elevati.

Pazienti con AIDS sviluppano frequentemente sentimenti di paura, correlati alle difficoltà di comunicare il loro stato di salute alle persone con cui si relazionano. Tale condizione sembra caratterizzare più spesso gli adolescenti, per i quali il percorso di accettazione della malattia, tendenzialmente più complesso, si risolve grazie alla frequentazione di gruppi di sostegno tra coetanei o con altri pazienti con cui condividono la stessa malattia. I momenti ricreativi sono un'occasione per contrastare discriminazioni e rapporti familiari in crisi: è condizione comune che soggetti adulti sperimentino crisi coniugali a causa della malattia e questi rapporti conflittuali compromettono la possibilità di accedere al sistema assistenziale e conducono all'isolamento sociale⁸⁰.

Con l'avvento del nuovo millennio insorge una moderna infezione virale: la Sindrome Acuta Respiratoria Grave. Anche nota come SARS, l'epidemia del 2003, con epicentro in una provincia cinese, si è diffusa in 17 Paesi, contagiando 8096 persone e con un tasso di letalità del 10%.

A scatenarla era un virus appartenente alla grande famiglia dei coronavirus, il SARS-CoV, in cui rientrerebbe anche il Covid-19, protagonista dell'attuale pandemia. Già nel 2003 alcuni ricercatori riferivano che su un totale di 90 residenti ad Hong Kong, sopravvissuti alla SARS, 23 (25,6%) avevano sviluppato un disturbo da stress post-traumatico (PTSD) e 14 (15,6%) disturbi depressivi 30 mesi dopo la loro infezione (un totale di 27 persone, il 30%, aveva almeno una di queste diagnosi)⁸¹. Gli autori consideravano la malattia come una "catastrofe per la salute mentale". Tali osservazioni erano coerenti con quanto riscontrato dagli operatori sanitari che avevano affrontato in prima linea l'epidemia e che lamentavano, nonostante non avessero riscontrato l'infezione, un notevole disagio psicologico, se non una vera e propria malattia mentale, addirittura uno o due anni dopo l'epidemia⁸².

Considerando anche altri contesti epidemici, la letteratura scientifica suggerisce che la prevalenza del PTSD tra le vittime dirette delle catastrofi sanitarie varia tra il 30% e il 40%; la gamma di prevalenza del PTSD tra i soccorritori è più bassa e compresa tra il 10% e il 20%, mentre il tasso di PTSD nella popolazione generale risulta ancora minore e compresa tra il 5% e il 10%⁸³. Questi effetti mostrano nella maggior parte dei casi una comparsa nel lungo termine e spesso si manifestano in associazione a stanchezza cronica. Lam e il suo gruppo hanno esaminato 233 sopravvissuti alla SARS dopo una

⁸⁰ Raguram R, Weiss MG, Channabasavanna SM, Devins GM., *Stigma, depression, and somatization in south India*, Am J Psychiatry 1996, p. 1043–1049

⁸¹ Mak I.W.C., Chu C.M., Pan P.C., Yiu G.C., Lee V.L., *Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors*. Gen Hosp Psychiatry 2009, p. 318–326

⁸² Lancee W.J., Maunder R.G., Goldbloom D.S., *The co-authors of the Impact of SARS Study. The prevalence of mental disorders in Toronto hospital workers one to two years after SARS*, Psychiatr Serv. 2008, p. 91–95

⁸³ Neria Y., Nandi A., Galea S., *Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review*, Psychol Med. 2008, 467–480

media di 41 mesi dallo sviluppo della malattia. L'età media dei partecipanti era di 43 anni e il 70% erano donne. Più del 40% aveva una "malattia psichiatrica attiva" al momento del follow-up e i ricercatori hanno ritrovato più comunemente disturbo da stress post-traumatico, depressione, disturbo del dolore somatoforme (dolore cronico a causa di fattori psicologici), e disturbo ossessivo-compulsivo. Il 40% ha riportato un certo grado di stanchezza cronica e il 27% ha soddisfatto i criteri diagnostici per la stessa sindrome: nelle persone con sintomi da stanchezza erano anche più probabili i disturbi psichiatrici. Le stesse considerazioni riguardavano gli operatori sanitari. Gli autori concludono che poiché nuove malattie infettive stanno emergendo ad un ritmo senza precedenti e rappresentano una minaccia globale. Dovrebbero essere sviluppate nuove strategie di salute pubblica per affrontare sia la fase acuta di una malattia che le potenziali complicanze psicologiche che si manifestano a lungo termine. Dovrebbero essere disponibili per i pazienti, operatori sanitari e la popolazione generale, strumenti e canali di supporto mentale, soprattutto dopo i primi focolai di infezione, quando i disordini emotivi iniziano a limitare in maniera significativa la vita delle persone.

3.2 Risvolti psicologici nella popolazione generale

Come diretta conseguenza della rapida diffusione della malattia da COVID-19, i cui primi focolai di infezione hanno interessato la città cinese di Wuhan, si è registrata in tutto il mondo una situazione di crisi socioeconomica e forte disagio psicologico. Per far fronte al dilagare della pandemia nella maggior parte dei Paesi sono stata limitate le attività sociali, vietati quasi tutti i movimenti individuali non essenziali a causa della quarantena imposta, mentre gli ospedali locali, costretti ad accogliere improvvisamente migliaia di pazienti, hanno attuato rigidi protocolli di emergenza. In questo contesto la popolazione in generale e gran parte degli operatori sanitari in prima linea sono diventati vulnerabili all'impatto emotivo dell'infezione⁸⁴.

Parallelamente all'esplosione della pandemia sono emersi molti problemi psicologici e conseguenze importanti in termini di salute mentale, tra cui stress, ansia, depressione, frustrazione e sensazione di incertezza. Le quarantene di massa hanno scatenato sentimenti psicologici comuni di paura generalizzata e di stress, esacerbati dall'influenza dalle notizie di cronaca sul progressivo aumento del numero dei contagi e dalle informazioni inadeguate fornite dai media⁸⁵. Le reazioni emotive al nuovo contesto emergenziale possono variare da un comportamento di panico o di isteria collettiva a

⁸⁴ Zhai Y, Du X., *Loss and grief amidst COVID-19: a path to adaptation and resilience*, Brain Behavior Immun 2020

⁸⁵ Maunder R, Hunter J, Vicent L, Bennett J, Peladeau N, Leszcz M, et al., *The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital*, CMAJ 2003, 1245–1251

sentimenti pervasivi di disperazione, associati a comportamenti negativi come l'istinto suicida⁸⁶. Tali condizioni di ansia tipicamente elevata hanno influenzato negativamente il benessere fisico della popolazione innescando un vero e proprio circolo vizioso.

Alla crescente esposizione generale alle conseguenze dirette del covid, si associa la necessità di indagare le cause dei processi disfunzionali e degli atteggiamenti di adattamento negativo al fine di contrastare i cambiamenti dello stile di vita delle persone e la degenerazione in stati patologici di natura psichiatrica. Pertanto, scopo dei ricercatori è stato quello di valutare l'impatto della pandemia sulla salute mentale della popolazione e sulla compromissione del benessere psicofisico individuale.

In un mondo moderno in cui tutti sono abituati a viaggiare e a comunicare rapidamente l'obbligo di isolamento sociale e le restrizioni imposte hanno innescato sentimenti di frustrazione ed incertezza, dimostrando che la maggior parte della popolazione, senza alcuna distinzione di età, genere o etnia, è emotivamente ancora impreparata a reggere le conseguenze dannose delle catastrofi biologiche che, al contrario, mostrano le più intime fragilità umane.

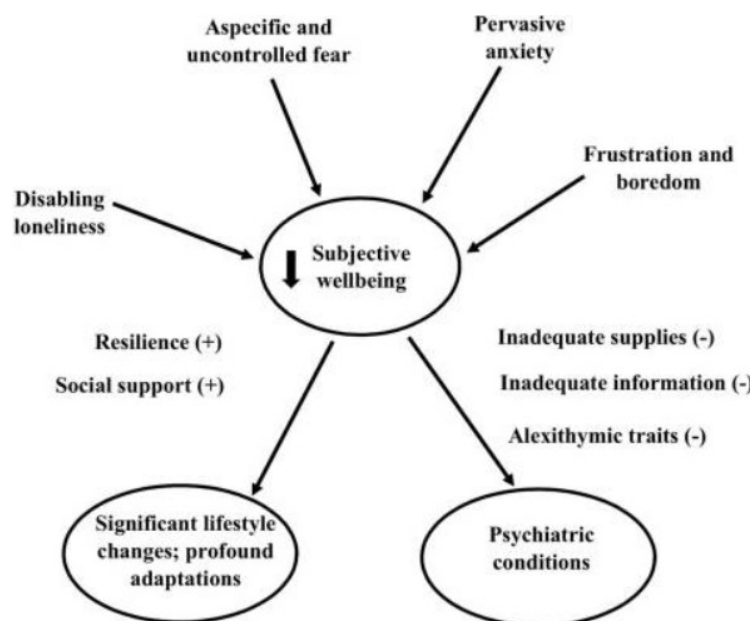
Seguendo l'esempio della Cina ed in conseguenza del crescente tasso di positività, molti Paesi europei tra cui Italia e Spagna, hanno prontamente emanato direttive relative al distanziamento sociale. I risultati psicologici per i soggetti che sono stati messi in quarantena rispetto a coloro che non l'hanno sperimentata sono stati esaminati da diversi studi trasversali e longitudinali, i quali sono tutti concordi nel riportare una maggiore prevalenza di soggetti con sintomi psicologici, disturbi emotivi, depressione, stress, alterazioni dell'umore e irritabilità, insonnia, sintomi di stress post-traumatico ed esaurimento nervoso tra coloro che sono stati messi in contumacia. In particolare, paura, rabbia, ansia, insonnia, confusione, dolore e intorpidimento sono stati identificati come ulteriori risposte psicologiche all'isolamento sociale, associati a cambiamenti comportamentali a lungo termine come l'ossessione per lavaggio delle mani vigile o l'evitamento di luoghi particolarmente affollati⁸⁷. Così il periodo di quarantena sembra aver determinato conseguenze psicologiche importanti e disfunzionali sulla salute mentale degli individui non solo nel breve termine ma anche nel lungo periodo.

Le prove esistenti mostrano chiaramente l'impatto psicologico più rilevante e profondo dei focolai di infezione sulla popolazione generale come riportato in figura 4:

Figura 4: Reazioni psicologiche più rilevanti nella popolazione generale relative all'infezione da COVID-19.

⁸⁶ Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al., *Timely mental health care for the 2019 novel Coronavirus outbreak is urgently needed*, Lancet Psychiatry 2020, p. 228–229

⁸⁷ Cava MA, Fay KE, Beanlands HJ, McCay EA, Wignall R., *The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto*, Public Health Nurs 2005, p. 398–406.



Fonte: Serafini et al., 2020

Sebbene le paure, l'ansia pervasiva, la frustrazione e la noia legate all'infezione siano state descritte come aspecifiche ed incontrollate, si ipotizza che la solitudine possa aver compromesso il benessere soggettivo, la qualità della vita e la resilienza, evidenziando come un maggiore sostegno e supporto sociale potessero essere fattori protettivi e di ausilio per quanto riguarda i meccanismi di riadattamento.

Una delle reazioni emotive più comunemente riscontrate nei pazienti affetti da covid, ma più in generale anche nelle precedenti pandemie, è stata la paura e la preoccupazione pervasiva di infettare dopo l'esposizione altre persone, soprattutto soggetti fragili appartenenti al proprio nucleo familiare. Tale stato di ansia si registrava con maggiore frequenza nelle donne in gravidanza o nelle madri di bambini piccoli⁸⁸. Inoltre, l'isolamento sociale legato alle restrizioni e al lockdown si associa a sentimenti di incertezza per il futuro e alla paura nei confronti di nuovi e sconosciuti agenti infettivi con conseguente ansia anormalmente aumentata⁸⁹. L'ansia può essere direttamente correlata alla privazione sensoriale e alla solitudine pervasiva che conducono, inevitabilmente, prima all'insonnia e poi alla depressione e allo stress post-traumatico. Sarebbe che la noia e la solitudine siano responsabili dell'insorgere di stati di rabbia, frustrazione e sofferenze legate alla separazione dai propri cari e alla perdita di libertà.

Ma un'immediata conseguenza della noia e della frustrazione è stata ulteriormente la perdita delle attività quotidiane, relative in particolar modo alle abitudini alimentari. Per quanto riguarda la

⁸⁸ Jeong H, Yim HW, Song Y-J, Ki M, Min JA, Cho J, et al., *Mental health status of people isolated due to Middle East respiratory syndrome*, Epidemiol Health 2016, p. 38-48

⁸⁹ Khan S, Siddique R, Li H, Ali A, Shereen MA, Bashir N, et al., *Impact of coronavirus outbreak on psychological health*, J Glob Health 2020, p. 31-33.

sintomatologia legata ai disturbi alimentari ed all'obesità è stata riscontrata una esacerbazione durante la pandemia sia nelle persone che già soffrivano di tali disturbi, sia in quelle più vulnerabili a svilupparne uno. Le limitazioni alla pratica dell'attività fisica e la promozione dello smart-working hanno avuto conseguenze sostanziali sul regime dietetico della popolazione, sull'attività fisica e sui ritmi sonno-veglia. La mancanza di una routine ben definita e di marcatori spazio-temporali che scandivano precedentemente gli orari dei pasti così come l'assenza di una separazione netta tra casa e luogo di lavoro hanno incrementato il rischio di comportamenti alimentari disfunzionali. Nelle famiglie a rischio di DCA spendere più tempo a cucinare ed avere costantemente del cibo a disposizione può avere un impatto piuttosto negativo⁹⁰.

In aggiunta, raccomandazioni riguardo la necessità di limitare attività come il recarsi a fare la spesa, combinate con la percezione di una scarsa disponibilità di alimenti, hanno aumentato il focus sul cibo ed incoraggiato gli individui a farne scorte più del normale inclusi prodotti ultra-processati che hanno alimentato la probabilità di binge eating⁹¹.

Molto spesso le restrizioni applicate alle attività sportive, combinate a pattern alimentari disregolati, hanno promosso un'aumentata preoccupazione per la forma ed il peso corporeo, agevolate dalla perdita di fattori generalmente protettivi per lo sviluppo di un DCA, come il supporto sociale, elemento chiave per gestire gli impulsi incontrollati della fame. Similmente, almeno nelle fasi iniziali della pandemia, quando l'erogazione delle professioni sanitarie a distanza non era stata ancora pienamente sperimentata, attività utili nella regolazione emozionale, come le sedute da uno psicoterapeuta o la possibilità di praticare attività ludiche e ricreative sono divenute più difficilmente accessibili all'individuo, lasciando campo libero a strategie più disfunzionali, come alimentarsi per sopperire a stati di sofferenza o comportamenti compensatori non dettati da reali bisogni di fame e sazietà.

La pandemia è stata così responsabile di un aumento del 36% dei sintomi associati a disturbi alimentari e del boom di ricoveri in cliniche per i DCA, incrementati del 48%. Con un effetto domino che ha interessato soprattutto pazienti con bulimia, anoressia nervosa e altre patologie cibo-relate. Da uno studio pubblicato dall'*International Journal of Eating Disorder*, e che ha coinvolto complessivamente oltre 36 mila pazienti, con età media di 24 anni di cui oltre il 90% donne, emerge che l'alterazione delle abitudini alimentari, dal desiderio di 'accaparramento' di più cibo per timore di carestia legata al lockdown, a pasti poco strutturati, a sensibili aumenti di peso, è stata la punta

⁹⁰ Heriseanu, A. I., Hay, P., Corbit, L., & Touyz, S., *Grazing in adults with obesity and eating disorders: A systematic review of associated clinical features and meta-analysis of prevalence*, *Clinical Psychology Review* 2017, p. 16-32.

⁹¹ McMenemy R., *Coronavirus and eating disorders: 'I feel selfish buying food'*, BBC News 2020

dell'iceberg di una fragilità psico-emotiva rimasta sommersa. Ad aggravare il quadro della salute mentale e metabolica, vi è stata anche la difficoltà di accesso alle cure, i contatti da remoto con i medici referenti, le incertezze correlate alla pandemia, i cambiamenti della normale routine, la perdita di punti fermi strutturale, e di contatti sociali, l'influenza negativa dei media. Tali evidenze di interesse globale sono confermate anche in Italia, a carico soprattutto dei giovani. Una recente indagine multicentrica condotta in Italia su persone con disturbi alimentari, pubblicata sul *Journal of Affective Disorders* nel 2021, ha evidenziato che durante il lockdown vi è stato un aumento significativo di ansia (+20%), depressione (+20%), sintomi post-traumatici (+16%), panico (+30%) e insonnia (+18%). Dopo la prima fase acuta della pandemia gran parte di questi sintomi si è attestata allo stesso livello mentre i livelli ansia sono ulteriormente cresciuti (+10%) a testimonianza di un generale malessere e insicurezza generati dalla pandemia.

Questo rapporto alterato con il cibo, il disagio psichico, la limitazione di accesso alle cure, hanno rappresentato e rappresentano tuttora un "trinomio" drammatico per i pazienti con disturbi alimentari. L'aspetto rilevante riguarda sicuramente la pressione mediatica che tanto esalta i canoni estetici e che, in tempi di pandemia non si è arrestata. L'esposizione specifica a consigli alimentari sulla forma corporea, nei casi di eventi mondiali traumatici e stressanti, intensifica l'attenzione per il peso e può aver implicitamente esacerbato lo stereotipo comune che inquadrebbe le persone con obesità come pigre, trasandate e senza capacità di auto-controllo, promuovendo al tempo stesso un irrealistico ideale di magrezza e pratiche estreme di controllo del peso. L'internalizzazione di stereotipi negativi sul peso può avere effetti negativi andando ad indebolire il senso di autoefficacia e la sicurezza nelle proprie capacità di raggiungere un controllo efficace sul comportamento alimentare⁹².

Inoltre, la paura del contagio può portare gli individui ad un'umentata preoccupazione sulla qualità del cibo e sulla probabilità che esso sia un veicolo di infezione: tali concezioni si traducono in pattern di alimentazione selettiva che può sfociare in una forma di ortorexia nervosa, nella convinzione per cui diete restrittive o a base di prodotti che rafforzano il sistema immunitario e potrebbero espletare un effetto protettivo nei confronti del covid o minimizzare i suoi effetti. Le conseguenze emozionali negative della quarantena sono particolarmente accentuate in persone che soffrono di anoressia nervosa le quali, già isolate sia fisicamente che psicologicamente, manifestano uno scarso funzionamento interpersonale ancora più difficile da gestire quando vi è l'imposizione di un distanziamento sociale⁹³. Persone con disturbi alimentari e/o obesità hanno, oltre alle specificità del

⁹² Pearl, R. L., *Weight stigma and the "Quarantine-15"*, Obesity 2020, p. 1180-1181.

⁹³ Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J., *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*, The Lancet 2020, p. 912-920.

singolo disturbo, una fragilità comune: sono infatti caratterizzate da una ridotta resilienza e problematiche a carico di diversi organi corporei a causa di cumulative condizioni di comorbidità. Il rischio di infezioni virali in queste popolazioni è aumentato. Diversi autori hanno riportato, in persone con obesità affette da Covid-19, una maggior gravità della sindrome respiratoria acuta⁹⁴. Con la pandemia persone con disturbi alimentari ed obesità, che sono già psicologicamente e fisicamente isolate, sono andate incontro ad un peggioramento dei sintomi a causa dello stretto contatto con i familiari o al contrario della vita da soli.

La costante necessità di avere il controllo ed effettuare previsioni, comportamenti tipici dell'anoressia nervosa, potrebbero essere stati esacerbati dall'imprevedibilità della situazione, mentre la quarantena e l'obbligo di rimanere a casa tutto il giorno non ha permesso il distanziamento dal cibo in pazienti con binge eating disorder.

L'effetto finale dell'isolamento sociale consiste in un'alterazione delle funzioni cognitive e dei meccanismi che regolano il processo decisionale, compromessi primariamente dall'ipereccitazione e dall'ansia e successivamente da sentimenti di solitudine disabilitanti che possono anche essere associati all'abuso di alcol e droghe. Non solo: nel corso dei mesi di emergenza sanitaria, il 14% della popolazione ha dichiarato di aver iniziato ad assumere ansiolitici o sonniferi, mentre il 10% ha fatto ricorso ad antidepressivi. Chi invece già faceva uso di questi farmaci prima della pandemia ha dovuto ricorrere a un incremento di dosaggio (19%). Inoltre, il 21% ha riportato sintomi ansiosi clinicamente significativi e interferenti sulle proprie attività quotidiane mentre il 10% ha avuto almeno un attacco di panico nel mese precedente la compilazione, senza mai averlo avuto prima nella vita.

Il periodo in Italia di maggiore tensione emotiva per l'emergenza Covid-19 va dal 9 marzo al 4 maggio⁹⁵. Dai dati raccolti da un tavolo tecnico di 40 psicologi e psicoterapeuti provenienti da Emilia-Romagna, Campania, Lazio, e Puglia, in associazione a medici ed altri specialisti emergenziali, dimostrano che tra il 18 ed il 24 marzo si è osservato un picco di sintomatologia ansiosa in reazione alla pandemia pari al 55.36%. L'aspetto sorprendente riguarda il fatto che tali picchi ansiogeni corrispondevano a momenti in cui venivano divulgati, tramite i media, scenari cognitivamente ed emotivamente devastanti. Questi risultati confermano le ricerche condotte in Cina, secondo cui la percezione di una eventuale minaccia per la propria vita o per l'integrità fisica di sé o degli altri dovuta

⁹⁴ Carter, S. J., Baranaukas, M. N., & Fly, A. D., *Considerations for obesity, vitamin D, and physical activity amid the COVID-19 pandemic*, Obesity 2020, p. 1176-1177.

⁹⁵ D'Ambrosi, D; Marciano, R; Paolucci, A; Crescenzo, P; Ferrera, I; Maiorino, A., "L'impatto psicologico del Covid-19 sulla popolazione: analisi descrittiva delle problematiche psicologiche lockdown correlate, Progetto: Sostegno Psicologico #iorestoacasa", JPS 2020, pp. 1 –14

al Covid-19 possa connotarsi in un vero e proprio trauma psichico⁹⁶. La maggior parte del campione di riferimento ha infatti espresso ansia, paura del contagio e comportamenti ipocondriaci, oltre a stato di allarme, vertigini, palpitazioni e sovraesposizione alle informazioni (55,36%), a cui seguono problematiche relazionali (10,71%), solitudine (8,04%), disturbi dell'umore (7,14%), riattivazione di disturbi preesistenti (6,25%), senso di impotenza (4,46%), pensieri ossessivi (4,46%), disturbi del sonno (2,68%), sintomatologia psicosomatica (0,89%).

Questo quadro sintomatologico sembrerebbe espressione della mancata percezione di sicurezza da parte dell'individuo e la sua evoluzione appare in linea con l'ipotesi per cui ad una prima fase di lockdown, in cui si nota un'acutizzazione dei sintomi, seguirebbe un adattamento costante alla situazione ed il ritrovo di un nuovo equilibrio.

Si può concludere che l'esperienza mondiale del Covid-19 abbia rappresentato per tutta la popolazione uno stressor significativo e una minaccia alla sopravvivenza individuale e collettiva, attivando nelle singole specifiche risposte psicofisiche. Se in alcuni casi l'isolamento nella propria abitazione ha contribuito ad amplificare le difficoltà di convivenza, soprattutto nel sesso femminile, è altrettanto probabile che l'emergenza abbia destabilizzato coloro che già soffrivano di patologie psichiche preesistenti e la percezione di solitudine e vuoto sociale nella categoria degli anziani istituzionalizzati che vivevano situazioni di fragilità emotiva pregressa individuale e familiare.

In generale, la vita delle persone anziane è cambiata nello stesso modo in cui è cambiata la vita di tutta la popolazione. Tuttavia, l'impatto che le restrizioni hanno avuto sugli anziani è particolare proprio in relazione alla sempre più frequente situazione di "fragilità" fisica e cognitiva che accompagna fisiologicamente l'invecchiamento. La necessità di ridurre le interazioni sociali ha drammaticamente ridotto lo spazio vitale di molte persone anziane, con un impatto negativo non solo sullo stato di funzione fisica ma anche sul tono dell'umore e sulle performance cognitive.

L'obbligo di isolamento, domestico o nelle RSA, ha comportato una significativa riduzione del livello di attività fisica aggravando le condizioni di soggetti affetti da osteoporosi, artrosi, malattie neurologiche come il Parkinson o da patologie cardio metaboliche. Da un punto di vista psicologico, gli anziani hanno sperimentato in maniera più acuta il senso di perdita, legato ad una prospettiva del futuro inevitabilmente più ristretta in cui le rinunce imposte dalla pandemia, come le partecipazioni ad eventi familiari, diventavano via via più dolorose. Non da ultimo è importante sottolineare che i minori contatti, l'isolamento e la paura di contrarre l'infezione hanno molto spesso causato un differimento di cure mediche, con una variabilità interindividuale importante, legata a differenze

⁹⁶ Wang C., Pan R., Wan X., Tan Y., Xu L., Ho C. S., e Ho R. C., *Immediate psychological response and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China*, International Journal of Environmental Research and Public Health 2020, pp. 17-29

culturali ed economiche, ad esempio in termini di accesso a internet o a dispositivi digitali per le videochiamate.

La solitudine non è solo associata ad ansia, rabbia e instabilità emotiva⁹⁷, ma attiva anche il sistema nervoso simpatico, portando ad ipertensione, infiammazione e a concentrazioni più elevate di cortisolo.

L'isolamento sociale è associato all'aumento della mortalità, alla diminuzione della qualità della vita e all'aumento dei rischi di morte prematura, ictus e demenza nella popolazione adulta più anziana⁹⁸. Anche prima della pandemia la fascia d'età adulta era quella più a rischio di isolamento sociale e di solitudine rispetto ai gruppi di età più giovani: per il 50% delle persone di età superiore ai 60 anni è stato trovato un rischio di isolamento sociale una prevalenza della solitudine del 35% in Svezia e del 62% negli Stati Uniti. Possibili fattori che contribuiscono a tali condizioni potrebbero includere il pensionamento, reddito diminuito e uno stato di salute in declino. Inoltre, gli anziani sono di base più inclini all'ansia, in particolare l'ansia da morte, probabilmente a causa della loro maggiore prevalenza di disabilità fisiche e malattie croniche.

Su questo sfondo le restrizioni della pandemia da COVID-19 hanno imposto ulteriori barriere alle relazioni sociali degli adulti più anziani. Questa fascia di popolazione ha sperimentato forti limiti nei rapporti interpersonali, nei viaggi, nelle visite in strutture di assistenza a lungo termine e case di cura e nelle attività ricreative e di intrattenimento. In una situazione in cui centri assistenziali pubblici e privati hanno imposto divieti alle visite, un'opportunità per salvaguardare le connessioni sociali è stata l'impiego delle piattaforme virtuali. Tuttavia, un sondaggio ha rilevato che il 48% dei partecipanti ha ritenuto che le riunioni virtuali non siano riuscite a ridurre la solitudine e che il 10% abbia sperimentato addirittura una maggiore depressione dopo le riunioni⁹⁹.

Alcune persone anziane non hanno adeguate conoscenze o capacità fisiche di utilizzare questa tecnologia mentre altri non dispongono dei dispositivi necessari. Le istituzioni sanitarie si sono così rapidamente adeguate alle proposte della telemedicina consentendo da un lato i contatti sociali ad alcuni pazienti, dall'altro promuovendo, in persone più esperte con la tecnologia, di essere sopraffatti e diventare paranoici e diffidenti per il sovraccarico di informazioni sulla diffusione del virus¹⁰⁰.

⁹⁷ Cacioppo JT, Hawkley LC, Ernst JM, et al., *Loneliness within a nomological net: an evolutionary perspective*, J Res Pers. 2006, p. 1054-1085

⁹⁸ Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J., *Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women*, Proc Natl Acad Sci U S A. 2013, p. 5797-5801.

⁹⁹ Price S., *Nearly Half of Americans Are Struggling with Loneliness Amid Social Distancing, and Many Don't Know Where to Find Help*, ValuePenguin 2020

¹⁰⁰ Banerjee D., *'Age and ageism in COVID-19': elderly mental health-care vulnerabilities and needs*, Asian J Psychiatry 2020, p. 102-154

La pandemia ha comportato negli anziani ulteriori motivi di stress tra cui la preoccupazione per le forniture domestiche di viveri e altri beni di prima necessità mentre altri hanno riferito di sentirsi come se le loro vite fossero “sacrificabili nella fretta di un graduale ritorno alla normalità”¹⁰¹. Questa impressione ha rafforzato i punti di vista autodistruttivi di non essere necessari alla comunità e di essere dimenticati¹⁰².

La comunità medica ha progressivamente acquisito consapevolezza del rischio di problemi di salute mentale negli adulti più anziani a causa della loro predisposizione all'isolamento sociale e dell'aumentato rischio di gravi malattie da SARS-CoV-2. Un sondaggio del luglio 2020 ha dimostrato che il 46% degli adulti di 65 anni e più riteneva che il proprio stato di salute mentale fosse negativamente influenzato dalle preoccupazioni legate alla pandemia. Tassi simili di depressione e ansia (37,1%) sono stati riportati in pazienti di età superiore ai 60 anni in Cina durante la pandemia¹⁰³. Da marzo ad agosto 2020, un adulto su quattro (25%) ha riferito ansia o depressione, registrata a livelli significativamente aumentati rispetto ad un sondaggio pre-pandemico del 2018 (11%). Un altro gruppo di ricerca ha indagato le più grandi delusioni emotive di 126 anziani italiani con declino cognitivo durante la pandemia ed evidenziando le loro difficoltà a riunirsi con la famiglia (41,3%), ad uscire di casa (24,6%), ad eseguire esercizio fisico normalmente (23,8%), a ricevere aiuto da collaboratori domestici (14,3%) o ad accedere alle visite mediche (5,6%)¹⁰⁴.

Nonostante il sostanziale aumento dell'ansia e della depressione negli anziani durante la pandemia, la letteratura riferisce che tali condizioni siano più frequenti nei giovani. Tuttavia, quando presenti, le conseguenze dei turbamenti emotivi sono più drastiche nel primo gruppo. Anziani depressi hanno maggiori probabilità di sviluppare disfunzioni cognitive e fisiche rispetto a coetanei in salute mentale. Sembrerebbe che il tratto della personalità legato alla saggezza possa contrastare il senso di solitudine e prevenire di conseguenza la comparsa di episodi depressivi: ampliare le proprie conoscenze culturali è una guida a maturare un atteggiamento più empatico e all'accettazione di situazioni di incertezza. Oltre alla saggezza, alti tassi di depressione pre-pandemica negli anziani possono paradossalmente aiutare questa popolazione a far fronte alle circostanze attuali: uno studio condotto su persone anziane con disturbo depressivo grave preesistente in quattro città degli Stati Uniti non ha rilevato alcun incremento degli stati depressivi, di ansia o di istinti suicidi durante la pandemia. In generale i partecipanti temevano di contrarre la SARS CoV 2 più dell'isolamento sociale.

¹⁰¹ Graham J., *For Seniors, COVID-19 Sets Off A Pandemic of Despair*, KHN, Kaiser Family Foundation 2020

¹⁰² Fontes WHdA, Júnior JG, Vasconcelos CACd, et al., *Impacts of the SARS-CoV-2 pandemic on the mental health of the elderly*, Front Psychiatry 2020

¹⁰³ Meng H, Xu Y, Dai J, Zhang Y, Liu B, Yang H., *Analyze the psychological impact of COVID-19 among the elderly population in China and make corresponding suggestions*, Psychiatr Res 2020, p. 11-29

¹⁰⁴ Di Santo SG, Franchini F, Filiputti B, et al., *The effects of COVID-19 and quarantine measures on the lifestyles and mental health of people over 60 at increased risk of dementia*, Front Psychiatry, 2020

Anche se i pazienti hanno lamentato una diminuzione della qualità della vita durante l'isolamento, avendo affrontato la depressione cronica in passato, riferivano di aver già appreso le strategie di resilienza¹⁰⁵.

3.3 Risvolti psicologici sui professionisti in prima linea

Di fronte alla critica situazione pandemica gli operatori sanitari direttamente coinvolti nella diagnosi, nel trattamento e nella cura dei malati di Covid, rappresentano le figure più a rischio di sviluppare disagio psicologico e altri sintomi di compromissione mentale. Il numero sempre crescente di casi confermati e sospetti, il carico di lavoro eccessivo, l'esaurimento delle attrezzature di protezione individuale, la copertura mediatica diffusa, la mancanza di farmaci specifici e la sensazione di essere insufficientemente inadeguati a sostenere i numeri crescenti dei ricoveri, hanno certamente contribuito ad un carico emotivo notevole in chi si è impegnato in prima linea nella gestione della pandemia¹⁰⁶.

Studi precedenti avevano già segnalato reazioni psicologiche avverse all'epidemia di SARS del 2003 tra gli operatori sanitari¹⁰⁷, dimostrando che le più grandi preoccupazioni degli erogatori delle cure riguardavano il contagio e l'infezione della loro famiglia, degli amici e dei colleghi. I professionisti della sanità lamentavano incertezza e senso di stigmatizzazione, segnalavano riluttanza a lavorare poiché demotivati da alti e protratti livelli di stress, ansia e sintomi di depressione¹⁰⁸. Preoccupazioni simili sulla salute mentale, sull'adattamento psicologico e sulle modalità di ritorno ad un normale carico lavorativo sembrano aver interessato anche gli operatori sanitari, responsabili delle cure dei pazienti covid.

I servizi di assistenza psicologica, tra cui le consulenze o gli interventi di supporto per mezzo di dispositivi elettronici sono stati ampiamente utilizzati dalle istituzioni di salute mentale locali e nazionali in risposta all'epidemia COVID-19. Il 2 febbraio 2020 il Consiglio di Stato della Cina ha annunciato la creazione di linee di assistenza psicologica a livello territoriale rivolte agli operatori sanitari ma con scarsi risultati¹⁰⁹. Pertanto, è stato condotto uno studio con lo scopo di valutare

¹⁰⁵ Hamm ME, Brown PJ, Karp JF, et al., *Experiences of American older adults with pre-existing depression during the beginnings of the COVID-19 pandemic: a multicity, mixed-methods study*, Am J Geriatric Psychiatry 2020, p. 924-932.

¹⁰⁶ Lai, J., "Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019", JAMA Netw Open 2020

¹⁰⁷ Bai Y, Lin CC, Lin CY, Chen JY, Chue CM, Chou P., *Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak*, Psychiatr Serv. 2004, 1055-1057

¹⁰⁸ Lee AM, Wong JG, McAlonan GM, et al., *Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak*, Can J Psychiatry 2007, p. 233-240

¹⁰⁹ The State Council of China, *A notification to set up nationwide psychological assistance hotlines against the 2019-nCoV outbreak*, 2020.

l'impatto salute sulla mentale tra gli operatori sanitari che trattano pazienti con COVID-19, quantificando l'entità dei sintomi della depressione, ansia, insonnia e angoscia ed analizzando i potenziali fattori di rischio associati a tali manifestazioni. Partecipanti provenienti dalla città di Wuhan e da altre aree geografiche fuori provincia sono stati reclutati in un sondaggio al fine di implementare, in base ai risultati ottenuti, strumenti di promozione del benessere mentale tra i professionisti sanitari.

Tra 1257 operatori coinvolti e che hanno assistito i malati di covid in 34 differenti ospedali in Cina:

- Il 50% riferiva sintomi di depressione, il 45% ansia, il 34% insonnia e il 71,5% distress;
- Gli infermieri riportavano sintomi particolarmente gravi, probabilmente secondari al contatto maggiore con i pazienti, che comportava un aumento del rischio di contagio e una relazione interpersonale più diretta con la sofferenza e con la mortalità:
- Gli operatori di prima linea all'interno degli ospedali di Wuhan, epicentro dell'epidemia originale, hanno manifestato un carico psicologico maggiore rispetto agli operatori sanitari cinesi di zone più lontane dall'epicentro dell'infezione.

La maggior parte dei partecipanti erano donne sposate ed infermiere di età compresa tra i 26 e i 40 anni che prestavano servizio in ospedali terziari, in qualità di tecniche junior. Lo studio ha indicato che essere una donna e avere un titolo tecnico intermedio costituivano fattori predisponenti per lo sviluppo di depressione grave, ansia e angoscia. Le fonti di disagio includevano un sentimento di vulnerabilità o perdita di controllo in relazione alla diffusione del virus, oltre alle preoccupazioni per la salute di sé, della famiglia e dei cambiamenti nell'organizzazione lavorativa o sul possibile isolamento¹¹⁰. Inoltre, il fatto che COVID-19 sia trasmissibile da uomo a uomo, associato ad alta morbilità e sia potenzialmente letale, può intensificare la percezione del pericolo personale. Anche le prevedibili carenze di forniture e il crescente afflusso di casi sospetti ed effettivi di COVID-19 contribuiscono alle pressioni e alle preoccupazioni degli operatori sanitari. La protezione degli operatori sanitari è una componente importante delle misure di sanità pubblica per affrontare la pandemia. Dovrebbero essere costantemente attuati interventi speciali per promuovere il benessere mentale negli operatori sanitari esposti al virus, con particolare attenzione ai professionisti che operano in prima linea e di genere femminile.

A partire da questa indagine, ben 72 sondaggi sono stati condotti in Cina, in modalità telematica sull'impatto del virus sulla salute mentale: uno di questi sondaggi multicentrici ha coinvolto 1563 medici e rilevato la prevalenza di sintomi di tipo depressivo, ansiosi, come il disturbo d'ansia

¹¹⁰ Wong TW, Yau JK, Chan CL, et al., *The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope*, Eur J Emerg Med. 2005, p. 12-18

generalizzato, e vari altri sintomi legati allo stress, come insonnia ed irritabilità. Questi risultati sono stati utili per consentire alle autorità sanitarie di allocare risorse sanitarie e sviluppare trattamenti adeguati al personale medico che presentava marcate problematiche di natura psicologica¹¹¹.

Tali evidenze sono state confermate da una recente metanalisi che ha analizzato 38 studi pubblicati fino al 21 agosto 2020, i quali hanno preso in esame il personale sanitario includendo in larghissima maggioranza medici ed infermieri¹¹². Tra questi, un numero significativo (N=24) è stato condotto in Cina, mentre tre ricerche sono state realizzate in Italia. I 38 studi esaminati avevano un campione medio pari a 1.333 soggetti e sono stati condotti in larga maggioranza somministrando al personale sanitario questionari standardizzati. La categoria a rischio più elevato sembra essere stata costituita da infermiere di sesso femminile a diretto contatto con pazienti affetti da coronavirus per le quali si riscontrava un'elevata prevalenza di sintomi di somatizzazione, insonnia ed emicrania. In uno dei tre studi italiani¹¹³ è emerso come il timore di poter contagiare colleghi di lavoro e familiari rappresentasse il principale motivo di preoccupazione. L'ospedalizzazione di un collega era associata a sintomi di stress post-traumatico mentre il decesso di un operatore sanitario a causa della malattia virale era associato a sintomi di depressione ed insonnia. Altre ricerche hanno rilevato come i disturbi del sonno (o la mancanza di ore di sonno) rappresentassero un particolare fattore di rischio per il burnout così come la mancanza di DPI, riscontrata in particolare nel corso della prima ondata della pandemia.

Inoltre, è emerso che la tendenza generale a idealizzare le figure professionali di medici ed infermieri abbia contribuito a caricare di aspettative eccessive ed irrealistiche il loro operato e di ostacolare un chiaro riconoscimento dei problemi e delle difficoltà che essi devono fronteggiare.

Risultati di particolare rilievo scientifico provengono anche da tre studi attualmente in corso in Francia, Germania e Gran Bretagna. In Francia è in svolgimento una ricerca dal titolo "*Health care workers exposed to COVID-19*" (HARD-COVID19) condotta in un ampio campione di operatori sanitari (medici, infermieri, altro personale sanitario) per valutare la prevalenza ed i fattori di rischio per burnout, depressione e disturbo post-traumatico da stress. In un campione comprendente 900 soggetti che soddisfano i criteri diagnostici per questi disturbi sarà poi realizzato uno studio clinico controllato per valutare l'efficacia di un intervento psicologico mirato rispetto alle pratiche assistenziali di routine.

¹¹¹ Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, Zhang B., *Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak*, Lancet Psychiatry 2020, p. 77-78

¹¹² Cabarkapa S, Nadjidai SE, Murgier J, Ng CH., *the psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: A rapid systematic review*, Brain Behav Immun Health 2020, p. 100-144.

¹¹³ Rossi R, Soggi V, Pacitti F, Di Lorenzo G, Di Marco A, Siracusano, A, Rossi A., *Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy*, JAMA Netw Open 2020

In Germania è in corso una ricerca che coinvolge 21 centri universitari, volta a studiare un ampio numero di variabili relative all'impatto individuale ed organizzativo della pandemia sul personale sanitario, mentre in Gran Bretagna è stata avviata un'indagine con l'obiettivo di valutare le condizioni psicologiche degli operatori sanitari durante la pandemia ed il tipo di supporto istituzionale ricevuto.

Gli operatori sanitari coinvolti nella rete di gestione dell'emergenza, impegnati sia in setting clinici che di comunità, sono i pilastri su cui continua a fondarsi la risposta alla pandemia da Covid. È quindi fondamentale investire quanto più possibile per proteggerne la salute fisica e mentale. Implementare le risorse di supporto psicologico per sostenere gli operatori che quotidianamente si confrontano con l'emergenza, garantendole anche nel periodo successivo all'emergenza pandemica, può contribuire a potenziare le abilità di adattamento e a promuovere l'empowerment personale.

Pertanto, l'ISS si è impegnato a fornire alcune indicazioni per le residenze sanitarie e il personale dirigenziale, nonché suggerimenti diretti ai professionisti dei professionisti che offrono assistenza ai pazienti con la malattia, al fine di prevenire situazioni di stress emotivo¹¹⁴.

Indicazioni per le Aziende sanitarie e i Dirigenti delle strutture sanitarie:

- Assicurare una buona comunicabilità e fornire ai personali aggiornamenti precisi e accurati su quanto sta accadendo. Questo potrebbe mitigare le preoccupazioni degli operatori legate all'incertezza e far percepire un senso di controllo.
- Riferire feedback positivi utili a rafforzare il valore e l'importanza del ruolo svolto
- Promuovere il lavoro in team, incentivando la collaborazione tra colleghi coinvolti nell'emergenza, affinché possano divenire responsabili della sicurezza personale l'uno dell'altro e capaci di sostenersi a vicenda per affrontare circostanze avverse.
- Facilitare l'accesso ai servizi di supporto psicologico, assicurandosi che il personale sia a conoscenza di come e dove accedervi, incluso il supporto telefonico o altre opzioni di servizio a distanza, se disponibili.

In contesti a massiccia domanda assistenziale l'ingaggio professionale degli operatori direttamente coinvolti nell'emergenza è tale da non lasciare spazio all'elaborazione di una risposta psicologica o alla formulazione di una richiesta d'aiuto. Per questo è fondamentale che i dirigenti delle strutture sanitarie facilitino questo processo¹¹⁵.

¹¹⁴ ISS., COVID-19: *gestione dello stress tra gli operatori sanitari*, 2020

¹¹⁵ ISS. COVID-19: *gestione dello stress tra gli operatori sanitari*, 2020

Numerose Aziende sanitarie hanno già fatto passi concreti in questa direzione rendendo disponibile un servizio di supporto psicologico telefonico (o via Skype), o attivando veri e propri ambulatori specialistici di salute mentale dedicati al sostegno dei professionisti sanitari coinvolti nell'emergenza.

Tra i suggerimenti per contrastare il disagio emotivo tra gli operatori sanitari evidenziamo¹¹⁶:

- Organizzare, per quanto possibile, il lavoro mantenendo un monte ore ragionevole e facendo delle pause.
Durante la fase acuta dell'emergenza è fondamentale garantirsi degli spazi di tregua per riposare e riflettere sull'esperienza che si sta vivendo. Gestire lo stress e occuparsi della propria salute mentale è importante per mantenere la salute fisica.
- Utilizzare strategie individuali di gestione delle difficoltà (coping) rivelatesi efficaci in altri contesti può aiutare a superare anche una situazione completamente nuova e senza precedenti come l'attuale emergenza da COVID-19.
- Cercare di mantenere stili di vita salutari, mangiando e idratandosi a sufficienza e in modo sano per essere in condizioni di affrontare la pressione che inevitabilmente viene accumulata. Ridurre l'assunzione di caffeina, nicotina e alcol. Concedersi sonno e riposo adeguati a ricaricarsi, fare un po' di esercizio fisico.
- La pressione, lo stress e i sentimenti associati, possono far emergere sensazioni di impotenza e inadeguatezza verso il proprio lavoro. È importante, quindi, riconoscere ciò che si è effettivamente in grado di fare per aiutare gli altri, valorizzando anche i piccoli risultati positivi; riflettere su ciò che è andato bene e accettare ciò che non è andato secondo le aspettative, riconoscendo i limiti legati alle circostanze. È anche importante stare in contatto con gli stati d'animo personali, essere consapevoli del carico emotivo, imparando a riconoscere sintomi fisici e psicologici secondari allo stress. Prendersi cura di sé e incoraggiare i colleghi a farlo è il modo migliore per continuare a essere disponibili con i pazienti.
- Rimanere in contatto con gli amici, la famiglia o altre persone di cui ci si fida per parlare e ricevere sostegno, anche a distanza.
- Confrontarsi con i colleghi è fondamentale sia per coordinare le attività, sia per condividere la percezione personale e trovare un supporto reciproco, rispettando i diversi modi di reagire alla situazione critica. Esplicitare un riconoscimento professionale nei confronti di un collega può rafforzare la motivazione e moderare lo stress.

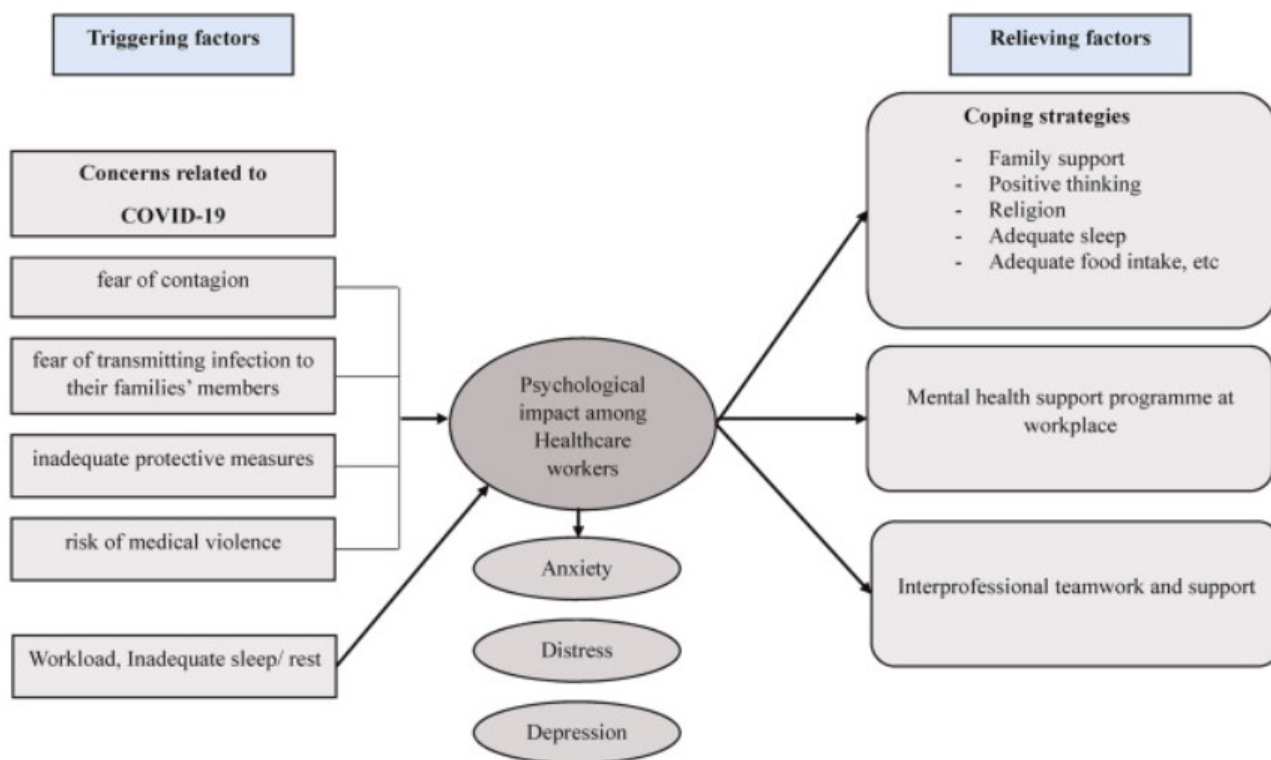
¹¹⁶ ISS. COVID-19: gestione dello stress tra gli operatori sanitari, 2020

In merito a quest'ultimo aspetto si ritiene che il lavoro di squadra multidisciplinare costituisca un fattore essenziale nel settore sanitario, con evidenti benefici sul personale e sulla salute dei pazienti. La predisposizione al lavoro in team potrebbe ridurre il burnout, migliorare la soddisfazione lavorativa e creare un ambiente professionale sano nel bel mezzo della pandemia, dove la collaborazione diventa una questione importante per superare le sfide e per gestire i pazienti COVID-19.

Identificare le strategie di coping preferenziali e pragmatiche tra gli operatori sanitari potrebbe fornire informazioni preziose nella pianificazione e nell'attuazione di efficaci interventi di supporto alla salute mentale. In un contesto pandemico la multidimensionalità professionale consente la realizzazione di condizioni stabili, dove medici ed infermieri offrono a vicenda sostegno e incoraggiamento per migliorare il benessere psicologico e ridurre lo stress. Sembrerebbe che i vari membri del team possano trarre beneficio, in termini di salute mentale, tramite il sostegno dei membri della famiglia, il supporto sociale e l'attiva partecipazione a pratiche di consapevolezza per migliorare le strategie di resilienza personale durante la pandemia. Queste pratiche potrebbero agevolare la creazione di una squadra per consentire adeguati tempi di riposo, una migliore gestione dei turni e far fronte alle sfide della salute mentale tra gli operatori sanitari¹¹⁷.

Figura 5: Fattori che scatenano e alleviano l'impatto psicologico tra gli operatori sanitari durante la pandemia COVID-19.

¹¹⁷ Htay, M. ,*“How healthcare workers are coping with mental health challenges during COVID-19 pandemic? - A cross-sectional multi-countries study”*, Clinic Epidemiology Global Health 2021



Fonte: Htay et al., 2021

CAPITOLO 4 – “Organizzazioni e sistemi”

4.1 Le organizzazioni e i sistemi

Nel dibattito intorno alle RSA emerge un'evidente sproporzione tra l'attenzione dedicata all'analisi dei problemi strutturali, quali fonti di finanziamento, standard di personale, dimensionamento dei reparti e tipologia delle unità abitative, e quella dedicata agli aspetti dinamici dell'organizzazione, come la comunicazione, i processi decisionali e le strategie di leadership. Alla sottovalutazione di questi aspetti si accompagna la tendenza ad assumere modelli gestionali poco funzionali alla natura dell'assistenza geriatrica che si configura invece come il lavoro interdisciplinare per eccellenza, in cui l'organizzazione di un team rappresenta uno strumento primario di attività e richiede competenze specifiche. Negli ultimi anni le RSA hanno assunto una caratterizzazione sanitaria sempre più marcata, la cui evoluzione è stata determinata dal profondo cambiamento della tipologia degli ospiti e dei bisogni sanitari da loro espressi. È notevolmente aumentata la presenza di persone anziane bisognose di cure mentre si è andato progressivamente riducendo il numero di persone autosufficienti.

Per fronteggiare le necessità dei percorsi di cura dei residenti si è provveduto all'ampliamento e alla qualificazione delle risorse assistenziali attraverso l'immissione nell'organizzazione di nuove professionalità sanitarie quali medici geriatri, infermieri professionali e terapisti della riabilitazione¹¹⁸.

Riconosciuta la centralità del medico geriatra nell'équipe assistenziale è necessario accertarsi che chi ricopre questo ruolo possieda conoscenze e competenze adeguate alla gestione del lavoro di gruppo. Buona parte delle difficoltà che i geriatri incontrano nel trasferimento delle competenze specialistiche, dalla teoria alla pratica, sono ascrivibili ad una carenza di formazione nella conduzione del lavoro di gruppo. Poiché in ambito geriatrico scarseggiano le esperienze organizzative fondate sul lavoro sistematico di gruppo, i modelli di riferimento vanno cercati nell'ambito di istituzioni che presentano caratteristiche simili a quelle delle RSA. In questo contesto un'istituzione pubblica che potrebbe presentare analogie rilevanti con le RSA è l'ospedale psichiatrico in qualità di struttura di lungodegenza dove approntare un sistema di cura che promuova l'autonomia dei residenti e tuteli la loro identità sociale¹¹⁹.

Nella definizione di un assetto organizzativo all'interno di una RSA è opportuno fare riferimento al concetto di "*corporate governance*", ovvero di "governo societario", inteso come l'insieme delle procedure connesse al processo di formulazione delle decisioni, alla performance e al controllo dell'impresa nonché alla messa a punto di sistemi in grado di indirizzare complessivamente la struttura a soddisfare le ragionevoli aspettative dei soggetti esterni che in essa detengono interessi. Sono elementi di corporate governance la struttura e l'organizzazione della funzione di indirizzo e governo dei vertici dell'azienda, i processi di reporting finanziario e di controllo interno e i codici di condotta personale.

Nei settori sanitari, come nel caso di una RSA, i principi cardine di un governo societario comprendono: capacità gestionali (sistema mediante il quale le strutture vengono gestite e controllate e, quindi, vengono negoziati e rappresentati i molteplici interessi dei vari stakeholders che hanno o possono avere rapporti economici con la stessa); manageriali (sistema in base al quale le strutture sono dirette e controllate: il consiglio di amministrazione è responsabile della definizione degli indirizzi strategici, dell'identificazione dei massimi dirigenti responsabili del raggiungimento degli obiettivi, della supervisione del management nel suo complesso) e istituzionali (insieme di regole e di istituzioni rivolte alle imprese da un lato e al mercato finanziario dall'altro).

La governance si basa sull'integrazione di due ruoli distinti:

¹¹⁸ D'Angella F., Floris F., Olivetti Manoukian F., *Per un lavoro sociale creativo*, Animazione Sociale, Ottobre 2002.

¹¹⁹ Ploton L., *La persona anziana*, Milano, Raffaello Cortina 2003

- un governo, di indirizzo programmatico
- strutture operative ed amministrative, che si occupano della gestione e fornitura dei servizi.

A livello gestionale una RSA dovrebbe prevedere il coinvolgimento degli stakeholders e dei parenti degli ospiti, far assumere ai pazienti un ruolo centrale, conferire ruoli di responsabilità ed eventualmente delegare ed essere flessibile da un punto di vista culturale e organizzativo¹²⁰.

Il tema della governance nelle RSA e nei servizi socioassistenziali e sanitari, in genere si gioca sul rapporto tra assetto istituzionale, che include i modelli strutturali ed organizzativi e assetto organizzativo propriamente detto, intendendo tutte le forme possibili di gestione, di organizzazione e di management interno. Al fine di garantire un'organizzazione primariamente flessibile è importante sottolineare che i fattori che determinano il benessere dell'organizzazione interagiscono gli uni con gli altri, con la conseguenza che intervenire su un aspetto può produrre effetti anche sugli altri. Sono individuabili fattori *context-free*, cioè propri dell'individuo, che influenzano il benessere del professionista ma che non dipendono dall'organizzazione (ad esempio, i tratti di personalità, la qualità della vita sociale o familiare, l'età); e fattori *job-related* che dipendono dalle caratteristiche proprie dell'organizzazione e che producono un impatto in termini di benessere/malessere sul professionista.

Questi fattori sono modificabili attraverso interventi mirati¹²¹. Tra questi ultimi gli aspetti autorizzativi assumono certamente un'importanza primaria: risulta necessario verificare periodicamente e adeguare i requisiti minimi strutturali, organizzativi e professionali che consentono al personale delle RSA di svolgere al meglio la propria professione di cura. In particolare, è fondamentale che le caratteristiche funzionali, edilizie e gestionali di queste strutture, compreso il profilo tecnico e relazionale specifico del personale, siano definite in misura proporzionale al variare della gravità sanitaria e sociale e quindi ai bisogni dei residenti in RSA. Sottostimare questi aspetti, determinando condizioni di lavoro inadeguate alle necessità, ha una ricaduta negativa in termini di benessere del personale e quindi della qualità dell'assistenza e del benessere del residente.

In una classifica dei principali nodi problematici a livello organizzativo-manageriale nelle RSA, al pari della gestione socioeconomica e ai rapporti di presidenza, ritroviamo la gestione delle risorse umane. Con il termine leadership facciamo riferimento alla funzione di guida di un team o di una organizzazione intera: essere leader all'interno dei servizi residenziali per gli anziani vuol dire guidare le professioni sociosanitarie verso la realizzazione di obiettivi di salute all'interno di una rete di stakeholder complessa che sottopone chi si occupa della gestione organizzativa a frequenti situazioni

¹²⁰ Cavanna F., "Management e Governance nelle Residenze Sanitarie Assistenziali", Milano, Maggioli Editore 2007

¹²¹ Sarti D., (2011). *Le determinanti del comportamento organizzativo fra gli operatori sanitari. Evidenze da alcune Rsa toscane*. Mecosan, 2011, pp. 79-119

di stress. La leadership sul lavoro può essere presente a livello formale quando il leader è definito dal ruolo che una persona ricopre nella struttura; e a livello informale, facendo riferimento a persone che sono in grado di assumere spontaneamente il ruolo di guide e motivatori di altri colleghi.

Lo stile di leadership scelto dalla direzione, perché si riveli efficace, deve necessariamente succedere ad un'accurata analisi del contesto che va dalle caratteristiche dell'organizzazione fino al sistema di relazioni presente, ed essere definito in base a questa. Gli studi sul tema individuano sei stili di leadership (visionario, coach, armonizzatore, democratico, esigente, autoritario), che esprimono differenti competenze necessarie al raggiungimento degli obiettivi¹²². Lo stile di leadership scelto determina le regole comportamentali, le aspettative che da esse sono generate e le dinamiche interpersonali dell'organizzazione.

In questo senso la leadership ha una funzione educativa del personale e la sua efficacia si concretizza quando c'è coerenza fra il comportamento effettivamente esperito e obiettivi e mission dichiarati (espressione della natura giuridica, ma anche e soprattutto etica degli intenti di ogni sistema qualità o Carta dei servizi di una RSA) il cui allineamento favorisce il benessere del personale nella RSA¹²³.

Ma le RSA si configurano come luoghi di vita e quindi di relazione, strutturati a vari livelli: con i colleghi, dove le relazioni possono generare difficoltà per l'interazione tra categorie professionali, soprattutto in assenza di rapporti di subordinazione gerarchica chiari a tutti¹²⁴; ci sono poi da considerare i rapporti con familiari e residenti, dove l'operatore è chiamato a mettere in gioco abilità e risorse personali, ma anche il proprio vissuto, soprattutto emotivo¹²⁵. Pertanto, risulta fondamentale una chiara definizione delle figure che prendono parte all'assistenza sanitaria delle strutture residenziali, definendone i ruoli e i livelli di subordinazione. Ai vertici del sistema organizzativo di una RSA si colloca il Consiglio di Amministrazione che esercita le funzioni di indirizzo, definendo gli obiettivi ed i programmi da attuare, oltre ad adottare gli atti rientranti in tale funzione e verificare la rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e gestionale agli indirizzi impartiti. Il Consiglio è composto da cinque membri che durano in carica quattro anni, il presidente è nominato tra questi ed assume la legale rappresentanza della struttura. Le funzioni degli amministratori sono gratuite salvo il riconoscimento di eventuali rimborsi spese sostenute per l'esercizio del mandato. Il controllo sulla gestione economica e finanziaria della struttura è esercitato da un Revisore dei Conti nominato dal Consiglio di Amministrazione con cui condivide la durata dell'incarico, mentre compito del Comitato di Valutazione, un organo di Vigilanza indipendente ed autonomo rispetto ai vertici,

¹²² Goleman, D. B. R and Mickee, A., *Primal Leadership: Unleashing the Power of Emotional Intelligence*, 2012

¹²³ Majer V., Marocci G., (a cura di). *Il clima organizzativo. Modelli teorici e ricerche empiriche*, Roma, Ed. Carocci 2003

¹²⁴ Mengheri M., *Formare alla relazione di aiuto. Il counseling ad approccio integrato*, 2010

¹²⁵ Boscardini I., *La comunicazione interna come generatore di conoscenza e alleanza tra organizzazione e individui*, in MaPS - Rivista di Management per le Professioni Sanitarie 2013, p. 65-71

consiste nella vigilanza sul funzionamento, l'osservanza e l'aggiornamento del Codice Etico e sui modelli organizzativi adottati.

La responsabilità dell'attività amministrativa e gestionale e dei relativi risultati è in capo al Direttore Generale, il quale la esercita nell'ambito degli indirizzi e degli obiettivi posti dal Consiglio di Amministrazione. Il Direttore Generale si occupa della direzione dei servizi assistenziali, sociali, sanitari, alberghieri ed accessori; gestisce le dinamiche di assunzione, reclutamento, assunzione, formazione ed incentivazione del personale; è titolare dei rapporti sindacali e dei procedimenti disciplinari. Il suo incarico può essere revocato con un preavviso di 30 giorni dal Consiglio di Amministrazione con atto motivato in ragione della valutazione negativa dell'operato e/o del venir meno del rapporto fiduciario. Al contrario, la responsabilità dell'attività sanitaria dei nuclei di degenza delle RSA è in capo al Direttore Sanitario. All'interno della struttura questa figura assume la responsabilità e il compito di curare ogni aspetto igienico organizzativo in ambito sanitario a garanzia del sistema delle unità di offerta presenti nel centro di servizi per persone anziane non autosufficienti.

Nello specifico il direttore sanitario svolge ogni attività di indirizzo, gestione e vigilanza ritenuta necessaria al governo del sistema igienico sanitario e di tutela della salute e igiene pubblica, in autonomia e avvalendosi delle risorse necessarie, in coerenza con gli indirizzi della Regione, dell'Azienda ULSS e con le più recenti indicazioni tecnico scientifiche dettate dagli organismi preposti nei settori di intervento¹²⁶.

Data la natura dell'incarico il direttore sanitario delle RSA costituisce un professionista di riferimento nei confronti dell'Azienda Ulss in termini di:

- relazione con il Direttore Sanitario dell'Azienda Ulss territorialmente competente per gli aspetti di prevenzione ed igiene;
- riferimento del Direttore dei Servizi sociosanitari e delle strutture di cui si avvale, ivi compreso il medico coordinatore dell'Azienda Ulss territorialmente competente.

L'individuazione di tale figura è di competenza del legale rappresentante del "Centro di servizi per persone anziane non autosufficienti"; la nomina deve essere conferita a soggetto che sia in possesso di una laurea in medicina e chirurgia, dell'iscrizione all'Albo dell'Ordine dei medici chirurghi e di una specializzazione tra le seguenti: Igiene e Medicina Preventiva, Medicina del Lavoro, Medicina Legale, Statistica sanitaria e Biometria, Medicina di comunità e delle cure primarie o nelle altre aree di prevenzione e sanità pubblica. In alternativa alla specializzazione sono richiesti dieci anni di

¹²⁶ Masera F., Chiatti C., Rocchetti C., *Gli standard di qualità e di personale nelle residenze*, in *NNA* (a cura di) "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 3° rapporto", Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore 2011.

esperienza in una delle seguenti discipline dell'area della prevenzione e sanità pubblica: Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro, Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, Organizzazione dei Servizi Sanitari di base. Il Direttore sanitario è in rapporto di servizio con il Centro di Servizi; tale rapporto è regolato sulla base di accordi o contratti stipulati dal Centro di Servizi con il Direttore sanitario. La responsabilità sanitaria dei vari centri medici specialistici è in capo al Direttore Sanitario del Poliambulatorio.

Il Coordinatore Socio-Sanitario corrisponde gerarchicamente al direttore sanitario. È responsabile dell'area dei servizi alla persona, assume la responsabilità dell'attività direttamente svolta e di quella svolta dai gruppi coordinati, con controllo e responsabilità anche sui risultati di salute e sul conseguimento degli obiettivi relativi ai diversi processi sociosanitari assistenziali assegnati. Sono comprese nel profilo le seguenti funzioni: il coordinamento e la gestione gerarchica, nonché le attività amministrative del personale appartenente all'area infermieristica; definisce e gestisce la turnazione del personale a lui sottoposto; gestisce i cambi turno del personale a lui sottoposto; coordina le attività necessarie a garantire, il buon funzionamento dei servizi dell'area socio sanitaria e la corretta conservazione del materiale e delle attrezzature sanitarie e assistenziali in dotazione ai piani; relazioni organizzative interne di tipo complesso nonché relazioni esterne, sulla base delle disposizioni organizzative dell'Ente, con altre istituzioni, ospiti, familiari e volontari di natura diretta e complessa; gestire la comunicazione con l'ospite e con i suoi familiari per le problematiche assistenziali e riabilitative, ad eccezione di quelle di competenza diretta del Medico e del Direttore; contribuire alla definizione ed individuazione dei piani di intervento, alla valutazione dei risultati raggiunti, all'analisi degli scostamenti e alla ridefinizione dei programmi di intervento; provvedere alla raccolta di tutti i dati e le informazioni medico infermieristiche, nonché dei singoli ospiti, garantendone adeguata diffusione; raccogliere la documentazione di competenza relativa alla valutazione dell'ospite; raccogliere le necessità e le esigenze dei clienti e dei parenti; gestisce i servizi socio sanitari esternalizzati; attivare il personale per l'accoglimento del nuovo ospite; valutare nel rispetto del sistema premiante dell'Ente, i suoi sottoposti; definizione dei piani di lavoro del personale dell'area socio sanitaria e dei protocolli; controllare e monitorare la congruenza dei piani di lavoro del personale a lui sottoposto; propone al Direttore, azioni disciplinari nei confronti del personale a lui sottoposto; si rapporta con il Medico.

Direttamente subordinati al Coordinatore sociosanitario e al direttore, si trovano gli infermieri professionisti sanitari responsabili dell'assistenza e deputati al servizio della persona e dei suoi familiari. Esercitano la loro professione attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa. Offrono cure e assistenza

nel rispetto della persona e dei diritti di salute, libertà e dignità individuale. L'infermiere è la persona responsabile dell'attività dell'ambulatorio infermieristico, gestendo tutto il profilo organizzativo del personale coinvolto e partecipando al case-management insieme al coordinatore dei medici di medicina generale. È addetto all'assegnazione di compiti individuali ed in team da parte degli operatori, controlla che sia fornito tutto il materiale utile alla residenza e, in caso di necessità attiva il servizio di emergenza territoriale delegando in sua assenza ulteriore personale infermieristico. Provvede, inoltre, al controllo della sanificazione degli ambienti.

Per le RSA in cui siano erogati servizi di cure intermedie con intensi livelli di assistenza infermieristica, è ulteriormente responsabile della stesura del piano assistenziale infermieristico individuale insieme al medico di medicina generale, attiva il servizio di continuità assistenziale in caso di situazioni urgenti, avvalendosi dell'adozione di specifici protocolli, è responsabile della valutazione periodica del piano assistenziale infermieristico individuale, collabora con i medici per pianificare le dimissioni dei degenti e conserva le cartelle infermieristiche da inserire nella documentazione necessaria dei pazienti¹²⁷.

Il personale infermieristico, in collaborazione con il Responsabile sociosanitario, coordina la professione degli OSS. Compito degli operatori sociosanitari è quello di svolgere assistenza nelle attività della vita quotidiana all'ospite in condizione di dipendenza o in ridotta autonomia, nel rispetto dei protocolli aziendali, dei piani di lavoro e dei progetti assistenziali individualizzati, con la finalità di soddisfare i bisogni della persona, sia di natura fisica che psicologica, affettiva e relazionale. All'interno di una RSA è addetto a funzioni di carattere esecutivo nell'ambito delle prescrizioni dettagliate e impartite dal Referente Operatori Socio Sanitari al quale risponde in via gerarchica e funzionale.

Sebbene tutto il personale sanitario svolga in maniera autonoma le proprie attività, la dirigenza dei trattamenti primari spetta ai medici. Il ruolo del medico di medicina generale è di assicurare le cure primarie in maniera individuale o in equipe a livello delle quali assumono una posizione centrale. Il loro compito consiste nell'interazione con gli specialisti anche ospedalieri e nel contatto continuo con le strutture aziendali nelle fasi di presa in carico e assistenza primaria del paziente. Il loro operato viene erogato sotto forma di turnazione aggiuntiva degli altri medici di medicina generale presenti sul territorio. A loro è affidata l'organizzazione degli obiettivi dell'RSA, il collegamento con altri servizi sanitari o figure professionali, la gestione delle risorse in termini minimi di personale, attrezzature, spazi utilizzati, gestione insieme al dirigente medico delle liste d'attesa per i pazienti, elaborazione annuale di relazioni in cui sono inseriti i dati dell'utenza, coordinamento di varie attività

¹²⁷ DM. 739/94 "Profilo professionale dell'infermiere".

di medicina generale, collaborazione con altri professionisti per l'organizzazione di programmi di formazione.

Possono adeguare la terapia in corso del paziente, informare il dietista sulla presenza di patologie che richiedono un regime alimentare particolare come ad esempio diabete, obesità, ipertensione, dislipidemie, iperuricemia; parlare con i fisioterapisti per concordare una eventuale terapia fisica a breve o lungo termine.

Laddove identifichi accenni di problematiche emotive o psicologiche, allerta lo specialista che autonomamente deciderà sulla necessità del proprio intervento che potrà essere anche questo breve o prolungato nel tempo.

Il contatto stretto con i familiari è sempre importante, in quanto consente la raccolta di indicazioni e spunti per una migliore gestione dell'ospite. Il rapporto più stretto che il medico di medicina generale ha nell'RSA è con gli infermieri: sono loro ad aggiornarlo sulla situazione clinica degli ospiti, riportando eventuali lamentele dei parenti o avvertendolo telefonicamente di improvvise urgenze. Il medico provvederà poi alle vaccinazioni previste e alla richiesta di tutti quei presidi sanitari necessari al benessere dell'assistito (pannoloni, carrozzina, materasso antidecubito).

Inoltre, è prevista una stretta collaborazione tra medici specialisti e altri professionisti convenzionati: i fisioterapisti, ad esempio, si occupano di tutte le attività di riabilitazione finalizzate al mantenimento del benessere psico-fisico della persona, concordando con i singoli utenti e il personale medico l'intensità di intervento praticabile, in base alle abilità fisiche residue dell'anziano. Le consulenze sono erogate nella struttura, in aree dedicate all'assistenza infermieristica di livello elevato e possono includere servizi di supporto psicologico. Ad ogni modo la persona è sempre posta al centro di percorso di cura integrato. Il team di professionisti coordina trattamenti clinico-assistenziali programmando la ripartizione del lavoro, coordinando le finalità dell'assistenza ed agevolando l'integrazione delle informazioni. Tutto questo è reso possibile dall'impiego di schede clinico-assistenziali integrate che si configurano come lo strumento di comunicazione interprofessionale: i professionisti sociosanitari che fanno parte dell'equipe intervengono nel trattamento specifico di un paziente analizzando tutti i suoi dati e rendendoli disponibili in maniera univoca al fine di assicurare una prestazione universale, appropriata e sicura.

La qualità dell'assistenza erogata in RSA ha un suo essenziale fondamento nella gestione delle risorse umane, che parte da un'accurata selezione del personale secondo titoli, abilità professionali ed esperienza. Il tema della ricerca del personale nelle strutture socioassistenziali fatica ancora a essere curato con attenzione, soprattutto per i vincoli economici, al ribasso, consentiti dalla esternalizzazione della produzione dei servizi. Questo si traduce in assistenza erogata da personale pagato poco e, di

conseguenza, con minori competenze ed esperienze nel settore. Al contrario la complessità dei bisogni espressi dai residenti delle RSA necessita di personale in possesso non soltanto di un'abilitazione alla professione ma anche di abilità tecniche e relazionali formate sul campo e quindi di esperienza nel settore.

L'elevato turnover che caratterizza il personale delle RSA, attratto da organizzazioni dove il compenso economico è maggiore, così come la possibilità di crescita professionale, determina spesso una ricerca di sostituti in emergenza, con la conseguenza che la selezione possa non essere accurata. Si crea così un circolo vizioso a impatto negativo sul benessere del professionista e sulla qualità dell'assistenza¹²⁸.

È fondamentale, infatti, che anche gli operatori sanitari si sentano ricompensati, rafforzati e sostenuti dall'organizzazione, anche con politiche di formazione continua. Pertanto, la valorizzazione del personale si persegue anche attraverso il gioco di squadra che diffonde lo spirito di responsabilizzazione e lo stile di cooperazione¹²⁹.

La definizione del carico di lavoro in RSA cioè della quantità di lavoro necessaria per assicurare al residente un'assistenza che rispetti i criteri dell'efficacia e dell'efficienza, è un tema delicato in particolare per le organizzazioni di natura sanitaria e sociale, ma spesso non affrontato con la dovuta attenzione. Per le caratteristiche del lavoro svolto e per l'implicazione che questo comporta, come il grande coinvolgimento del personale, la complessità operativa in aumento, i fattori giuridici e burocratici pressanti e la crescita costante d'informatizzazione, sottovalutare l'importanza di definire il carico lavorativo può portare ad una complessa spirale di criticità per la sicurezza dei professionisti e per i residenti. Un carico di lavoro eccessivo può avere un impatto sulla salute del personale a livello sia fisico sia psico-emotivo ed è pertanto necessario fare valutazioni periodiche.

Possiamo segnalare due strumenti attualmente utilizzati nel mondo sociosanitario per tali valutazioni: il *MAPO* (mobilitazione assistita per pazienti ospedalizzati) per quantificare il carico di lavoro fisico e la valutazione dello stress lavoro-correlato, per il carico di lavoro psicologico ed emotivo. Il MAPO è un metodo elaborato al fine di analizzare il rischio cui gli operatori sanitari sono esposti a seguito della movimentazione manuale dell'assistito¹³⁰. Attraverso la compilazione sistematica di schede di rilevazione sono valutati fattori di rischio quali: il carico assistenziale indotto dalla presenza di pazienti non autosufficienti; il tipo e il grado di disabilità motoria del paziente; le caratteristiche

¹²⁸ Simonazzi, A., *Care regimes and national employment models*, Cambridge journal of economics 2009, p. 211-232.

¹²⁹ Sebastiano A., *La valutazione del personale in R.S.A., l'esperienza della Fondazione Centro di Accoglienza per Anziani di Lonate Pozzolo*, in Madera M.R. e Zaro A. (a cura di), *L'Anziano al Centro*, Varese, Macchionne Editore 2012

¹³⁰ Bellandi, T., *“Carichi di lavoro e sicurezza degli operatori sanitari. Benessere di medici e infermieri, performance e conseguenze sulla sicurezza dei pazienti”*, INAIL 2017

strutturali dell'ambiente di lavoro e di degenza; le attrezzature in dotazione; la formazione degli operatori. L'indice MAPO consente di individuare tre livelli di rischio e di azione di bonifica specifiche:

- fascia di rischio verde, livello esposizione trascurabili;
- fascia di rischio gialla, livello esposizione medio;
- fascia di rischio rossa, livello di esposizione elevato.

Il processo di analisi si articola in due momenti: un colloquio con il responsabile e il sopralluogo per verificare che l'ambiente, gli arredi e gli ausili siano idonei alle operazioni di movimentazione dei pazienti. I parametri raccolti vengono poi confrontati con i valori di riferimento del MAPO e in seguito a questo vengono scelte delle misure di prevenzione fino ad arrivare alla verifica di efficacia delle misure di bonifica messe in atto.

La valutazione dello stress lavoro correlato è obbligatoria per i datori di lavoro che devono redigere tale documento secondo quanto disposto dal D.lgs. 81/08 in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro¹³¹. Tale valutazione nasce per promuovere la crescita di consapevolezza e comprensione dello stress da parte dei datori di lavoro, dei lavoratori e dei loro rappresentanti ponendo l'attenzione sui segnali che potrebbero denotare problemi di stress lavoro-correlato. Lo scopo della valutazione del rischio stress lavoro correlato è quello di guidare e sostenere datori di lavoro e lavoratori nella riduzione del rischio attraverso l'analisi degli indicatori oggettivi aziendali e l'eventuale rilevazione delle condizioni di stress percepito dai lavoratori. La valutazione stress lavoro correlato si articola in tre fasi principali:

- valutazione degli indicatori oggettivi di stress al lavoro (rilevazione e misura degli stessi mediante check list) identificazione della condizione di rischio e pianificazione delle azioni di miglioramento
- valutazione della percezione dello stress al lavoro dei lavoratori, attraverso compilazione di questionari di percezione, analizzati in modo aggregato (obbligatoria solo per rischio alto).

A seguito di tale valutazione è necessario che l'azienda, ovvero la struttura sanitaria in questo caso, prenda in carico quanto emerso e si attivi per la risoluzione di eventuali problematiche. Fondamentale è, come per tutti gli altri rischi, l'assegnazione della valutazione ai soggetti della prevenzione aziendale: datore di lavoro, RSPP, RLS, medico competente, oltre ad eventuali altri soggetti interni/esterni indicati dalle organizzazioni¹³².

¹³¹ DM 81/08 "Testo unico di sicurezza sui luoghi di lavoro".

¹³² EU-OSHA – Osservatorio Europeo dei Rischi (2008)

Inoltre, al fine di erogare un servizio di cura di qualità è importante puntare sull'apprendimento e sul miglioramento non solo di abilità tecniche, ma anche relazionali, in particolare sul riconoscimento delle emozioni e sulla capacità di comunicarle, nella consapevolezza dei diritti della persona, nella disponibilità ad apprezzare sé stessi e gli altri e nella capacità di auto realizzarsi.

Dato il mutamento del quadro clinico e anagrafico dei residenti, uno dei temi formativi di maggiore utilità e interesse è riferibile alla gestione del lutto. In questo contesto anche apprendere modalità di assistenza Person Centred Care (PCC) sembra avere impatto positivo sul benessere dell'operatore e dell'assistito¹³³.

Nel contesto delle RSA poi l'informazione è una risorsa preziosissima per il corretto svolgimento delle routine di lavoro. Pertanto, è indispensabile che circoli tra tutti i livelli, indipendentemente dall'assetto gerarchico o funzionale della singola struttura. È fondamentale quindi che sia resa disponibilità di dati funzionali allo svolgimento delle attività lavorative e facilità nel reperire le informazioni necessarie, favorendo un clima in cui le informazioni circolano e vengono messe a disposizione di tutti potenziali destinatari¹³⁴.

La linearità dell'informazione risulta, tuttavia, ostacolata in un contesto assistenziale come quello delle RSA, dove vengono accolti soggetti anziani in condizioni di non autosufficienza, con un quadro sanitario sempre più complesso e in cui le figure professionali coinvolte nel processo di presa in carico sono molteplici e con funzioni e compiti distinti. È prioritario che ci si doti di un adeguato sistema di gestione dei rischi connessi alle attività, a tutela tanto dei residenti, quanto dei lavoratori e della struttura stessa. In quest'ottica, il concetto di Risk Management è definito come un processo attraverso il quale si identifica, stima o misura un rischio e successivamente si sviluppano strategie mediante il coordinamento delle risorse per minimizzarlo e governarlo. In ambito sanitario e sociosanitario il controllo dell'errore si applica con politiche volte alla sicurezza dei pazienti, o residenti, orientandosi alla gestione di quello del rischio clinico. Quest'ultimo si traduce nella probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso. Il rischio clinico può essere minimizzato attraverso attività di Risk Management implementate sia a livello della singola struttura sociosanitaria o sanitaria, che a livello aziendale, regionale o nazionale¹³⁵.

Un'attività di Risk Management si sviluppa in fasi distinte¹³⁶:

¹³³ Scholl I, Zill JM, Härter M, Dirmaier J. *An integrative model of patient-centeredness—a systematic review and concept analysis*, PLoS ONE 2014, p. 107-128

¹³⁴ Rotondi M., *La gestione delle risorse umane in sanità. Strategie di intervento per le Aziende sanitarie*, Milano, Franco Angeli 2019

¹³⁵ Bruno Irene (Curatore) Alessandro Battistella (Curatore) Cristina Galavotti (Curatore), *Il benessere organizzativo in RSA*, Sant'Arcangelo di Romagna, Maggioli Editore 2019

¹³⁶ Ministero della salute, *Risk management in sanità. Il problema degli errori*. Roma, 2003

- conoscenza e analisi dell'errore (sistemi di report, revisioni delle cartelle, utilizzo degli indicatori)
- individuazione e risoluzione delle cause d'errore attraverso, ad esempio, la Root Causes Analysis (RCA), l'analisi di processo o la Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)
- monitoraggio delle misure messe in atto
- implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte.

Se in passato il settore sociosanitario aveva una minor esposizione a situazioni di pericolo per l'assistito e per il personale, oggi il crescente livello di sanitarizzazione nelle RSA, anche in seguito alla pandemia da COVID-19, comporta un aumento della componente del rischio clinico¹³⁷. In questa ottica migliorare la qualità assistenziale in RSA significa cogliere la nuova identità delle strutture, sempre più sanitaria, investendo in formazione del personale sul Risk Management¹³⁸.

Si fa inoltre riferimento alla definizione di ruolo, alla chiarezza dei compiti e delle responsabilità ad esso associati e alla possibilità di ricevere feedback da parte dell'organizzazione sulle proprie prestazioni, anche come mezzo per ridurre il conflitto di ruolo che si può verificare quando gli individui vivono un conflitto interiore come conseguenza della presunta incompatibilità tra più richieste che provengono da differenti interlocutori di ruolo¹³⁹.

Salvo rare eccezioni, le RSA sono caratterizzate da strutture organizzative molto piatte, in cui le figure di management intermedio, per lo più circoscritte alle professioni sanitarie, sono numericamente molto esigue. Il personale assistenziale di base dove si concentra almeno la metà della complessiva forza lavoro è quasi sempre escluso da questi percorsi. In questo senso possono risultare importanti politiche di equità e premialità oggettiva come strumenti che gratificano e motivano i professionisti con parametri diversi da quello economico¹⁴⁰.

Ancora prima che la crisi pandemica mettesse in risalto le criticità del nostro sistema sanitario socioassistenziale si è ritenuto opportuno esplorare il mondo delle RSA e pianificare possibili evoluzioni future al di là delle emergenze e delle notizie di cronaca. A tal fine, su commissione di un'azienda informatica, fornitore leader di soluzioni tecnologiche in ambito sanitario, è stata avviata dall'Istituto Ipsos, esponente mondiale delle ricerche di mercato, una ricerca che includeva un'analisi desk frutto dell'integrazione di dati ufficiali disponibili da diverse fonti e un'indagine qualitativa basata su una serie di interviste ad alcuni esponenti e decision maker di RSA di piccole, medie e

¹³⁷ Hubbard, D. W., *The failure of risk management: Why it's broken and how to fix it*, John Wiley & Sons 2020

¹³⁸ Gutierrez L.M., Poncat o E., Caielli R. e Lometti A., *Risk management in area socio-sanitaria. La costruzione di indicatori di rischio per una soluzione del problema degli errori*, in *Sanità Pubblica e Privata*, 2011, p. 43-49

¹³⁹ Giangreco A., *La resistenza ai cambiamenti del management delle strutture complesse. Il caso ENEL*, Milano, Franco Angeli 2001

¹⁴⁰ Del Vecchio M., Romiti A. *Governare le aziende sanitarie in cambiamento*, Milano, EGEA 2020

grandi dimensioni. In mancanza di un’anagrafe nazionale univoca è stato necessario incrociare tre fonti –Istat, Ministero della Salute e GPNL (Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale) – che nel loro insieme consentissero di fornire una fotografia quanto più vicina alla realtà. Ciascuna di queste fonti differisce per definizione del concetto di RSA, aggiornamento dei dati e livello di dettaglio¹⁴¹.

La stima di Ipsos, mettendo a confronto i dati presi in esame, è che in Italia ci siano 3.300 RSA con in totale circa 300 mila posti letto dedicati agli anziani, con una maggiore concentrazione al Nord rispetto al Sud. Dai dati Istat si ricava inoltre che il 54% degli ospiti ha più di 85 anni. Non stupisce perciò, che il 79% degli anziani accolti nei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari risulti non autosufficiente. Tra le principali difficoltà riscontrate sul fronte organizzativo e finanziario si evidenziano regole di accesso e di funzionamento variabili ed eterogenee di regione in regione, con un sistema di finanziamento pubblico inadeguato oltre ad una riduzione complessiva della qualità dell’assistenza derivante dai tagli al personale specializzato e alla manutenzione delle strutture effettuati per contenere i costi.

L’indagine qualitativa condotta da Ipsos attraverso una serie di testimonianze raccolte sul campo ha analizzato diversi aspetti del mondo delle RSA tra i quali la diffusione delle tecnologie nelle strutture prese in esame¹⁴². All’interno del campione intervistato è stata messa a fuoco in particolare la presenza di quattro componenti tecnologiche: le soluzioni di comunicazione e collaborazione unificata del team di assistenza, il software di analisi dei dati, i dispositivi di sicurezza del paziente e i sistemi di monitoraggio e cartella clinica elettronica. Mentre le prime due tipologie risultano essere piuttosto diffuse, i dispositivi di sicurezza del paziente e i sistemi di monitoraggio delle funzioni vitali e integrazione della cartella clinica sembrerebbero pressoché assenti nelle RSA. Il motivo di fondo è che le RSA sono strutture che assolvono a una funzione assistenziale più che sanitaria. L’ospite standard in teoria non ha bisogno di un monitoraggio continuativo dei parametri vitali a meno che non versi in stato vegetativo o non si trovi in un reparto post acuzie presente nella RSA. Il carattere esclusivamente assistenziale delle RSA, almeno in una visione tradizionale, disincentiverebbe quindi dall’implementare sistemi digitali per il monitoraggio delle funzioni vitali¹⁴³.

Il tema della maggiore efficienza e ottimizzazione derivante dall’adozione di determinate tecnologie è diventato cruciale per far fronte a uno scenario nel quale l’ambito assistenziale e quello sanitario non possono più essere tenuti separati. Una più diffusa adozione dei sistemi di monitoraggio e l’integrazione di questi con la cartella clinica elettronica permetterebbe di sollevare gli operatori da

¹⁴¹ Ipsos, “RSA oltre l’emergenza, la strada per l’innovazione”, 2021

¹⁴² Ipsos, “RSA oltre l’emergenza, la strada per l’innovazione”, 2021

¹⁴³ Ipsos., “RSA oltre l’emergenza, la strada per l’innovazione”, 2021

una parte del carico assistenziale, fornendo una rassicurazione in termini di pronto intervento nel caso di indicatori fuori norma. La ricerca qualitativa ha ulteriormente indagato gli ostacoli nel processo di trasformazione digitale delle RSA collocando primariamente la limitata disponibilità di budget poiché gli investimenti nella digitalizzazione non prevedono coperture nei rimborsi regionali a favore delle RSA¹⁴⁴.

La trasformazione digitale implica spesso una revisione dei processi organizzativi interni con le conseguenti resistenze da parte del personale. Il cambiamento rappresenta quindi il secondo freno all'innovazione tecnologica. Un ulteriore ostacolo all'innovazione tecnologica è il problema delle barriere strutturali e della frammentazione territoriale. La connessione a internet è il primo passo nel percorso di trasformazione digitale, uno step che tuttavia deve fare i conti anche con la frammentazione territoriale di alcune strutture e con i tempi di intervento non sempre celeri.

4.2 Il cambiamento delle organizzazioni

Sull'ondata emotiva delle drammatiche conseguenze della pandemia sulle RSA si è accentuata l'identificazione delle residenze assistenziali per gli anziani come luoghi di abbandono e di incuria¹⁴⁵. Allo scopo di rafforzare i percorsi di trattamento da destinare ai più bisognosi si è resa necessaria una rivalutazione del setting gerarchico ed organizzativo delle strutture, implementando la gestione delle risorse materiali e umane e sfruttando il supporto offerto dalla tecnologia.

Le equipe mediche multidisciplinari si sono concentrate sullo studio dei casi di positività per trovare la cura più efficace, gli infermieri hanno accettato repentine modifiche della complessità assistenziale manifestando un profondo senso del dovere e spirito di abnegazione. Ma la complessità e i rischi connessi alla tipologia di paziente hanno suggerito alla Dirigenza delle Professioni Sanitarie, che erogano assistenza nelle RSA, di mettere in campo un modello organizzativo che unitamente alle procedure emanate avrebbe permesso di rafforzare le misure di sicurezza per i dipendenti e migliorare l'assistenza ai pazienti. Il cambiamento certamente più significativo, relativo alle mansioni lavorative, ha riguardato la figura dei direttori sanitari, da sempre coinvolti nel coordinamento operativo dei professionisti e nel monitoraggio costante dell'efficacia dell'assistenza fornita.

Coerentemente alle disposizioni fornite dall'ISS, dal Ministero della Salute, dal Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà individuale e dalle regioni e province autonome, il ruolo

¹⁴⁴ Gutierrez L.M., Poncat o E., Caielli R. e Lometti A., *Risk management in area sociosanitaria. La costruzione di indicatori di rischio per una soluzione del problema degli errori*, in *Sanità Pubblica e Privata*, 2011

¹⁴⁵ Gori, C., *“L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7° rapporto 2020-2021*, Sant'Arcangelo di Romagna, Maggioli Editore 2021

dei direttori sanitari è stato di quello di sorvegliare le strutture sociosanitarie durante l'emergenza attraverso:

- Forniture di censimenti aggiornati delle strutture residenziali a cui facevano capo, differenziandole per tipologia di assistenza
- Identificazione delle caratteristiche della struttura (per esempio numero posti letto, numero infermieri/medici/altro personale sanitario dipendente/operante, struttura pubblica/privata/convenzionata etc.)
- Caratterizzazione della popolazione residente (i.e. età, sesso, tipo di patologia, tempo di permanenza, eventuale ospedalizzazione) per tipo di struttura (dati aggregati/trimestre)
- Quantificazione dei casi sospetti, probabili e confermati di COVID-19 nella struttura
- Quantificazione delle vaccinazioni con ciclo completo o con dose booster o addizionale per COVID-19 tra i residenti
- Monitoraggio delle criticità relative all'emergenza COVID-19 in struttura
- Monitoraggio della mortalità per tutte le cause nella struttura
- Segnalazione tempestiva delle necessità rilevanti (i.e. personale sanitario di supporto, PPE, spazio aggiuntivo per isolamento) in caso di epidemia di Covid-19

Si è reso opportuno fornire a livello nazionale qualsiasi tipologia di informazione attraverso la compilazione di schede trimestrali, relative alla struttura, al personale e ai visitatori, e schede settimanali per la valutazione di dati relativi ai residenti (numero di residenti presenti a inizio settimana, nuovi ricoveri, tamponi effettuati, eventuali criticità nella disponibilità dei tamponi, casi COVID-19, vaccinati a ciclo completo per COVID-19, vaccinati con dose booster, ospedalizzazioni e decessi), agli operatori (tamponi, casi COVID-19 e decessi per COVID-19), eventuali criticità sulla disponibilità di DPI ed eventi avversi. È stato chiesto ai referenti di struttura di compilare la scheda trimestrale all'inizio del trimestre (gennaio-marzo, aprile-giugno, luglio-settembre, ottobre-dicembre) e la scheda settimanale il lunedì successivo alla settimana di riferimento. Ogni settimana dal personale dell'ISS sono state inviate e-mail per ricordare ai referenti delle strutture che aderiscono al monitoraggio e che non abbiano ancora inviato le schede trimestrali o settimanali come da scadenza, di provvedere all'invio¹⁴⁶.

Parimenti, il Medico di Medicina Generale è stato chiamato ad affrontare una serie di nuove sfide cliniche, assistenziali e gestionali che implicavano la risoluzione di importanti dilemmi etici presenti nella nuova quotidianità della pratica clinica. La medicina delle cure primarie con in prima linea la

¹⁴⁶ Giacomozzi C., Lo Noce C., "Sorveglianza strutture residenziali socio – sanitarie nell'emergenza Covid – 19", 2021

medicina generale, il servizio di continuità assistenziale e la geriatria, si è trovata a fronteggiare situazioni complesse in condizioni estremamente precarie da un punto di vista organizzativo e preventivo.

Durante l'emergenza sanitaria si è passati da uno standard di cura solitamente indirizzato ai bisogni medici e assistenziali specifici dei singoli pazienti ad uno standard attento alla salute della comunità, cercando di mantenere comunque il miglior livello di cura individuale¹⁴⁷. Il MMG si è trovato nella sua peculiarità ad operare tra difficoltà, criticità, insicurezza e imprevedibilità, in una situazione epocale in cui i sistemi di cura residenziale territoriali sono chiamati ad una nuova relazione attraverso una progressiva integrazione inter e intra professionale e a una ricercata e necessaria simbiosi.

Attraverso una prima analisi si può affermare che: se da un lato l'epidemia ha evidenziato le oggettive difficoltà del rapporto MMG e Sistema Sanitario Nazionale, facendo emergere diversità tra le realtà regionali in base ai parametri di pianificazione degli interventi per il contenimento e il controllo dell'epidemia, dall'altro essa ha posto l'accento sulla preziosa attività di sanità pubblica che il medico svolge nella comunità, in particolare l'insostituibile e peculiare conoscenza dei singoli suoi assistiti, del loro stato di salute, delle individuali condizioni di rischio e delle condizioni sociali e ambientali in cui vivono. Tra le questioni etico-cliniche che i medici delle RSA sono stati costretti ad affrontare assumono una notevole rilevanza: il problema della carenza di DPI, per cui è stato spesso obbligatorio scegliere tra la tutela della propria salute o quella dei pazienti, la difficile interazione e confronto con altre unità di assistenza territoriale e il valore del contatto professionale e della relazione medico-paziente nonché l'approccio agli strumenti della telemedicina a supporto dei percorsi di visita e controllo e che ha compromesso l'esclusività di giudizio clinico del dato informatico. Proprio in relazione a quest'ultimo aspetto una questione emergente è quella che riguarda la realtà virtuale e in particolare la *virtual medicine*. Il possibile rischio connesso alla visita virtuale è quello di poterla considerare, da parte degli attori protagonisti, come una necessità che ci proietta in una sorta di post-modernità tecnocratica qualora non si governi lo strumento e questo diventi fonte esclusiva di contatto col paziente. In questo modo si pone l'accento non tanto sullo strumento, utile in determinate situazioni osservazionali, quanto sulla qualità della valutazione del percorso clinico e dunque delle risposte alla cura e allo stato di benessere/malessere. Anche se lo strumento informatico non costituisce una metodologia sostitutiva dell'attività propria del medico o di altri professionisti sanitari, in fase epidemica esso trova giustificazione in una metodologia di triage telefonico che comunque non preclude l'intervento di un'équipe dedicata che, in sicurezza attua tutte le metodiche di

¹⁴⁷ Gruppo di lavoro ISS, *Prevenzione e controllo delle Infezioni. Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARSCoV-2*, Roma, Istituto Superiore di Sanità 2020

valutazione e stabilisce la tipologia delle azioni per rispondere in modo efficace alle necessità di salute.

Si presenta perciò una nuova pratica di cura “integrata ed emergenziale” che però non muta il valore della relazione e del rapporto diretto fra chi ha bisogno di essere curato e il curante, nel rispetto della prassi professionale e in linea con i dettami del Codice Deontologico delle varie professioni sanitarie. Ne consegue che il MMG è chiamato a gestire e a riconoscere un valore dello strumento informatico anche se la gestione formale dell’esame obiettivo, contrassegnato dall’anamnesi e dalla semeiologia strumentale che portano a una sintesi diagnostica, manca del supporto clinico necessario per un ottimale esame obiettivo. Tuttavia, utilizzare al meglio la tecnologia esistente può essere un valido supporto per una nuova gestione dell’assistenza in medicina generale che potrà dare indicazioni su nuove modalità organizzative ed operative, tali da proseguire nel tempo secondo nuovi e più moderni modelli assistenziali.

In un contesto in cui il progresso sociale si sviluppa di pari passo a quello medico, l’emergenza da Covid ha posto le residenze sanitarie per gli anziani al centro di un dibattito sociopolitico in cui si ipotizza che la digitalizzazione possa garantire un progresso sostenibile e degli standard qualitativi assistenziali adeguati nella presa in carico dei residenti. Ad oggi l’implementazione di soluzioni che rientrano nel più ampio paradigma della salute digitale offrono la concreta possibilità di migliorare la qualità dei servizi di cura, in una prospettiva “patient-centered” che consenta di monitorare efficacemente lo stato di salute degli anziani. La possibilità di interconnessione tra i principali stakeholders attivi nel network dell’assistenza sanitaria e le tecnologie abilitanti per il monitoraggio costante da remoto garantiscono un reale supporto per un più responsabile e consapevole percorso di presa in carico. È in tale contesto che si inserisce il progetto “Digitalizzazione nei Processi di Gestione e Monitoraggio dei Pazienti nelle RSA in Italia” che si propone come strumento di supporto ad un ripensamento più consapevole delle scelte gestionali e operative nel modello organizzativo delle residenze per anziani. Studi preliminari hanno infatti permesso di evidenziare le principali opportunità e criticità per lo sviluppo di soluzioni digitali nei servizi sanitari assistenziali, enfatizzando i driver strategici e operativi che possano effettivamente contribuire a un miglioramento in termini di efficienza ed efficacia del servizio erogato. Pertanto, la ricerca applicata dovrebbe essere sempre più orientata allo sviluppo di nuove soluzioni tecnologiche integrate per la gestione dei residenti delle RSA che, combinando strumenti di digitalizzazione e automazione con dispositivi e sensori all’avanguardia, sia in grado di fornire un valido supporto allo staff responsabile nel garantire un alto

standard qualitativo di assistenza, massimizzando l'efficacia e l'efficienza sia clinica, sia operativa e migliorando la compliance alle linee guida fornite dalla normativa vigente¹⁴⁸.

La realizzazione di una soluzione modulare che possa essere completamente personalizzata in considerazione delle diverse tipologie di RSA esistenti e delle specifiche esigenze legate alla diffusione della pandemia, a seconda del grado di specializzazione dei servizi erogati può rappresentare un punto di svolta per un auspicabile cambiamento nel modello assistenziale.

In particolare, il supporto fornito agli assistenti sanitari non dovrebbe interessare esclusivamente il monitoraggio quotidiano e a lungo termine dello stato di salute dei residenti ma dovrebbe costituire un valido aiuto anche nella formulazione, nella fornitura e nel coordinamento del piano di assistenza e di cura, processi nei quali tanto il telemonitoraggio, quanto il patient empowerment sono elementi chiave. Infatti, solo un modello assistenziale che faccia leva su un approccio patient-centred può effettivamente assurgere a fattore abilitante alla fornitura di un set informativo che sia funzionale alla gestione dei piani assistenziali individualizzati (PAI). Inoltre, in un'ottica di integrazione multi-stakeholders, attraverso l'interoperabilità dei sistemi informativi, dovrebbe essere garantita l'accessibilità al sistema anche da parte di operatori sanitari esterni (specialisti, fisioterapisti, dietisti, farmacisti), offrendo la possibilità di registrare le informazioni rilevanti da condividere con lo staff interno ed eventualmente con i caregivers o i parenti dei residenti. Funzioni amministrative e di gestione del personale dovrebbero essere altresì supportate al fine di garantire l'ottimizzazione nei tempi e nelle risorse dei processi gestionali.

Una soluzione di questo tipo promuove essenzialmente un approccio olistico al benessere fisico e mentale dei residenti e deve essere implementata con un forte orientamento alle performance qualitative dei servizi erogati. L'obiettivo è quello di fornire un supporto operativo e una base informativa adeguata che sia funzionale ad un più consapevole processo decisionale all'interno delle RSA ponendo in connessione i principali attori coinvolti nei piani di assistenza. Risorse e informazioni eterogenee, combinate sinergicamente, strutturano un sistema patient-centered in cui ogni residente è una realtà a sé stante da considerare in tutte le sue specifiche caratteristiche ed esigenze. I benefici derivanti dall'utilizzo di siffatte infrastrutture digitali da parte di operatori sanitari sono più che mai evidenti e in linea con le esigenze che a oggi si prospettano nel contesto socioeconomico imposto dalla pandemia. Il risparmio di tempo e la maggiore efficienza nell'implementazione dei processi di gestione e cura dei residenti si è rivelata la prima caratteristica non trascurabile nell'urgente richiesta di far fronte ad un carico assistenziale progressivamente aumentato per la rapida diffusione dei contagi.

¹⁴⁸ Cafiero G., *"Pazienti delle RSA, migliorare l'assistenza grazie al digitale"*, Agenda Digitale 2021.

Il monitoraggio clinico da remoto ha contribuito ad un miglioramento nel processo di rilevazione dei dati garantendo anche una maggiore tracciabilità e trasparenza in fase di analisi.

Quest'ultima stata guidata in primo luogo dallo staff sanitario che ha potuto avvalersi di una base informativa ampia, a integrazione delle sue competenze professionali, avendo un quadro clinico completo e in costante aggiornamento, tale da ridurre il rischio di errori decisionali anche in un'ottica di valutazione tempestiva degli interventi.

La condivisione dei dati durante l'intero percorso di assistenza è essenziale a garantire un processo di cura ben strutturato. In definitiva la digitalizzazione in ambito sanitario rappresenta una sfida più che mai attuale, ma la scelta di promuovere un reale cambiamento nei processi di assistenza può davvero fare la differenza in un percorso di crescita che sia sostenibile nell'orizzonte temporale di lungo periodo.

Sotto il profilo pratico-organizzativo l'ottimizzazione e l'efficientamento dei processi consente di far leva su soluzioni che velocizzino e semplifichino l'esecuzione delle attività di assistenza e di sollevare il personale da compiti non legati all'assistenza. Gli esempi al riguardo sono diversi: dall'esternalizzazione di attività non principali (lavanderia, mensa, ecc.) alla ricezione e preparazione "automatizzata" dei farmaci. La possibilità di ricevere direttamente in struttura la terapia che il singolo paziente deve assumere in un blister/bustina sigillati genera un risparmio di tempo nella preparazione delle terapie, limita il rischio di errore e consente lo svolgimento di questo compito da operatori sociosanitari o socioassistenziali anziché da infermieri. Ma il supporto tecnologico si è rivelato utile soprattutto garantire nuove modalità di relazione tra l'ospite e i familiari tutelando entrambi per far fronte alle difficoltà di interazione dovute alle restrizioni volte a prevenire il contagio.

Questo implica l'evoluzione della semplice videochiamata tra paziente e familiare, che in molte strutture ha sopperito all'impossibilità dei contatti in presenza, verso l'utilizzo di sistemi multimediali che facilitino l'interazione tra il residente e la famiglia e rassicurino i congiunti anche a distanza. Ad esempio soluzioni con le quali i familiari possano vedere in tempo reale alcuni parametri di vita quotidiana dell'ospite, consultare la stessa cartella clinica informatizzata o guardare video caricati su un portale web e consultabili soltanto dai parenti.

Per le visite in presenza, invece, le modifiche strutturali con la creazione di spazi in cui familiari e ospite si possano incontrare in sicurezza o postazioni schermate munite di interfono consentirebbero di comunicare senza mettere a rischio la salute degli interlocutori.

L'emergenza Covid rappresenta sfortunatamente una realtà ancora attuale dalla quale è stato possibile tuttavia comprendere che il benessere degli anziani che vivono in struttura è strettamente dipendente da quello dei propri familiari e degli operatori che prendono in carico il loro stato di salute.

Da queste osservazioni di base derivano alcune proposte:

- È auspicabile che il personale delle RSA non si occupi esclusivamente del benessere degli anziani residenti, ma che consideri proprio obiettivo professionale occuparsi anche dei familiari
- È auspicabile che la dirigenza delle RSA consideri tra i propri obiettivi anche la qualità di vita e la soddisfazione degli operatori, nella consapevolezza che il benessere degli anziani è strettamente correlato allo stato di gratificazione lavorativa dei professionisti sanitari
- È auspicabile che le RSA diventino sempre più delle strutture aperte al territorio, creando occasioni di collegamento tra le varie reti assistenziali
- È auspicabile che il ritmo di vita all'interno delle RSA si adegui all'evoluzione della pandemia
- È auspicabile che il contatto fisico e la cura del corpo siano considerati al vertice delle attività di cura
- È auspicabile che la valutazione delle RSA venga fatta non solo in base alla rilevazione dell'osservanza delle procedure, ma anche in funzione di indicatori che misurino la qualità di vita degli anziani, la qualità di vita degli operatori (in particolare riguardo al carico assistenziale e al rischio di burnout) e la soddisfazione dei familiari, circa la possibilità di coinvolgimento attivo nella vita delle residenze assistenziali.

Tali obiettivi sono coerenti con l'impegno e le risorse che gli assistenti sociali hanno messo in campo per far fronte alle esigenze degli anziani. La pandemia si è rivelata un'occasione unica per intervenire, per conto delle autorità competenti, con attività di volontariato o all'interno delle organizzazioni della Protezione Civile, a supporto comunitario per il ripristino delle condizioni di normalità. Per i professionisti dell'aiuto si è ritenuto indispensabile un naturale adeguamento alle disposizioni di legge, che imponevano il distanziamento sociale pur continuando ad offrire una soluzione immediata al mantenimento dei rapporti sociali e del contatto interpersonale. Il lavoro del professionista si è dimostrato più che mai umano nella creazione di ponti e sinergie che potessero superare le barriere fisiche determinate dalla situazione emergenziale: è stato importante, in un contesto drammatico e responsabile di una maggiore vulnerabilità individuale, valorizzare i piccoli gesti e rafforzare lo spirito di resilienza. Il Covid ha sicuramente accentuato le paure di affrontare lutti o l'isolamento da parte degli anziani e dei loro familiari che hanno optato laddove possibile per una strategia di cura domiciliare in alternativa alla soluzione dell'istituzionalizzazione. La scelta di una programmazione

dell'assistenza non residenziale ha comportato notevoli cambiamenti nell'operato degli assistenti sociali, pronti a reagire all'incrementato carico lavorativo con atteggiamento empatico e ben controllato.

Sebbene l'abbandono del contatto umano si sia reso obbligatorio, al fine di salvaguardare i portatori di fragilità, è stata mantenuta, e probabilmente potenziata la propensione all'ascolto che, associata all'impiego dei supporti tecnologici, ha garantito la continuità del dialogo e il racconto dei sentimenti delle persone care lontane. In questo modo è stato possibile ridurre le distanze, almeno quelle sociali, che all'inizio della pandemia hanno rappresentato un ostacolo alla vitalità degli anziani e di conseguenza agli erogatori delle loro cure. Nonostante le difficoltà, gli assistenti sociali hanno prontamente reagito alle richieste di flessibilità; il loro lavoro, all'interno di un'equipe multidisciplinare, si è rivelato in grado di affrontare l'imprevedibilità legata alla diffusione del virus ed è riuscito a fare la differenza nella vita delle persone più fragili.

CAPITOLO 5 – “I cambiamenti nella Comunità Residenziale “V. Sarcinelli” di Cervignano del Friuli durante la pandemia da Coronavirus – le testimonianze degli attori principali”

5.1 Introduzione alla ricerca

Come è già stato detto nei capitoli precedenti, in Italia la quasi totalità di assistenza per gli anziani è svolta dalle strutture residenziali (in maggior misura RSA e Case di Riposo). Nel mondo dinamico in cui viviamo oggi è sempre più complicato assistere e curare persone in età avanzata e magari anche non autosufficienti. Per fare in modo che il benessere psicofisico della persona anziana sia garantito è comune e comodo affidare i propri cari a delle strutture create appositamente per fornire le cure necessarie e le migliori esperienze di vita e di socializzazione possibili.

La possibilità di compartecipazione alla spesa da parte delle Regioni giustifica il fatto che nel nostro Paese ci siano all'incirca 7320 strutture delle quali 3350 adibite all'accoglimento e accudimento degli anziani. I pazienti totali vengono quantificati in più di 300 mila persone.

Da un lato è opportuno tenere conto che l'Italia è lo Stato più vecchio d'Europa con il 7% di persone oltre gli ottant'anni ma con una capacità di 18,6 posti letto ogni 100 persone ultraottantenni. Già questo dato appare preoccupante in quanto il numero è troppo basso rispetto alla vera necessità, considerando inoltre che la media europea si attesta ai 43,8 posti ogni 100 anziani; dall'altro vi è sempre una più forte privatizzazione delle strutture, tant'è che il Ministero della Salute riporta che,

pur con un tasso di crescita generale delle strutture residenziali per anziani del 44% negli ultimi 10 anni, circa l'83% sono strutture private. La situazione si aggrava ulteriormente con l'emergenza sanitaria pandemica da Coronavirus in quanto nasce un duplice problema. Da una parte gli ospiti delle strutture residenziali vengono considerati per eccellenza "i soggetti fragili" ossia coloro che qualora si ammalassero potrebbero avere più difficoltà, concentrando l'attenzione esclusivamente sulla componente sanitaria ed emergenziale. Dall'altra il problema diventa ovviamente anche economico, tutte le strutture si sono dovute organizzare diversamente contro la pandemia: le riorganizzazioni degli spazi per garantire la sicurezza e la corretta distanza sociale, l'osservazione di tutta la cornice normativa di prescrizioni, procedure e precauzioni, i DPI, l'incessante bisogno di tamponi, la mancanza di personale e il monitoraggio della curva epidemiologica sono solo parte degli aspetti che hanno influito.¹⁴⁹

Ma non si può considerare una struttura residenziale per anziani solo come un mero insieme di "pazienti e clienti", essa è un mondo di relazioni, linguaggi, pratiche e routine quotidiane che va aldilà di questo. L'intento della ricerca è quello di studiare l'intero mondo sociale della struttura organizzativa, pensata sia come luogo di cura nel quale vigono regole, pratiche e procedure ben definite che come luogo nel quale gli individui che lo compongono hanno degli scambi e delle relazioni reciproche, vivono la loro quotidianità e provano sentimenti ed emozioni che ognuno interpreta a modo suo. Per tale motivo ho voluto partire proprio dall'importanza dei vissuti degli ospiti e degli operatori della struttura, utilizzando l'analisi strategica, mi sono servito dei dati raccolti durante le interviste per rappresentare e cercare di comprendere le regolazioni d'insieme del sistema d'azione da studiare. Con la pandemia da Coronavirus c'è stato un forte bisogno di cambiamenti, sia a livello di struttura organizzativa che sul piano delle relazioni sociali. L'obiettivo è proprio quello di cogliere con interesse tutti i cambiamenti ai quali la Comunità Residenziale è andata incontro, sia organizzativi che relazionali.

In una prima parte verrà descritto dal punto di vista tecnico, organizzativo e strutturale il Servizio, ponendo l'accento su quella che è la storia, i principi fondanti e soprattutto l'organizzazione con i quali è nata la Comunità Residenziale "V. Sarcinelli". Nello specifico verranno descritte sia la composizione degli utenti che dei professionisti, facendo risaltare quelle che sono le differenze presenti e le diverse professionalità da tenere in considerazione. Inoltre, verranno esplicitate tutte le attività e le prestazioni offerte dal Servizio ai propri ospiti. L'intento è anche quello di mostrare, lungo il corso del capitolo, le differenze e i cambiamenti nell'organizzazione e nella vita, lavorativa e quotidiana delle persone coinvolte.

¹⁴⁹ Caracci G., *Implementazione di metodi e strumenti per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle RSA*, Roma, Agenas 2020

La seconda parte del capitolo invece si incentrerà sulla descrizione della ricerca svolta, sottolineando nello specifico la metodologia con le sue applicazioni e la struttura della ricerca. I principali aspetti riguarderanno gli obiettivi, il tipo di traccia d'intervista scelto con le relative motivazioni di scelta, il campione e le modalità di somministrazione.

La terza ed ultima parte focalizzerà l'attenzione sull'analisi strategica dei cambiamenti avvenuti all'interno della Comunità Residenziale, lasciando spazio ai racconti degli intervistati. Questa parte si collocherà trasversalmente alle due precedenti, cercando di analizzare in tutte le sue sfaccettature una struttura organizzativa in una situazione emergenziale. L'analisi verterà ponendosi interrogativi e riflessioni sull'andamento del fenomeno e su ipotesi o strategie di analisi per il mantenimento degli standard di qualità del Servizio anche di fronte ad un evento come il Covid.

Per effettuare l'analisi mi sono basato su una metodologia di ricerca sociale di alcuni sociologi francesi a visione sistemica che riporterò di seguito. Il primo importante strumento che ho utilizzato esplicitare quella che è la griglia di analisi elaborata dal sociologo francese Philippe Bernoux e sulla quale mi sono basato per analizzare il Servizio durante la mia esperienza di tirocinio, in concomitanza all'analisi strategica che tratterò nel prossimo paragrafo. L'obiettivo di tale griglia è di descrivere il settore specifico in cui si trova l'osservatore, non l'intera azienda. Dal settore è possibile però risalire alla tipologia di azienda o addirittura all'azienda stessa. In questo caso "l'azienda" è la Comunità Residenziale "V. Sarcinelli".

		Azione – Data				
Attori	Missioni (o obiettivi)	Questioni	Attività	Relazioni con gli altri attori	Posizione rispetto agli altri attori	Strategie prevedibili
...
...
...
...
...

Fonte: Bernoux P., *La sociologie des organizations*, French Contemporary Fiction 2014

L'immagine in questione mostra l'articolazione della griglia di Bernoux ed i vari campi di interesse. Per svolgere la ricerca e descrivere il fenomeno osservato ho utilizzato quattro punti fondamentali basati su una sintesi della griglia di analisi di Bernoux:

- Descrizione generale del servizio: prima di iniziare un'analisi strategica è opportuno descrivere in modo dettagliato il "prodotto" del servizio, la gestione e l'organizzazione di

questa produzione ed in ultimo le regole che gli attori si sono dati. Sono compresi anche i dati generali dell'azienda quali la situazione giuridica, l'ubicazione geografica, storia, cultura, dipendenti etc... Nel caso della Sarcinelli si potrebbe pensare al "prodotto" come il benessere e la cura dei residenti al fine di garantirgli una vita serena.

- Descrizione dell'organizzazione in base alle regole: ad esempio il sistema di divisione del lavoro, la divisione dei compiti, il sistema gerarchico etc... Si basa su regole formali.
- Descrizione della pratica, delle regole e degli attori: mostra come funziona l'organizzazione nella pratica quotidiana, osservando ad esempio una relazione inaspettata o una comunicazione sbagliata. Si basa su regole informali.
- Il sistema e l'attore: descrizione del servizio come sistema interdipendente, come insieme di regole formali e informali. Tutte le relazioni e le alleanze degli attori. Per descrivere un insieme è necessario elencare sempre tutti gli attori che non necessariamente sono singole persone fisiche, basta pensare ai gruppi di persone o a differenti reparti.
- Conclusioni: Completata la tabella occorre riassumere il funzionamento del servizio perché dovrebbe portare ad una presentazione dei risultati prevedibili dell'azione, sul cambiamento che forse si introdurrà nel sistema di relazioni e di regole. Bisogna sempre ricordare di non focalizzarsi su una singola situazione o un singolo attore ma è necessario tenere conto dell'insieme delle relazioni e del posizionamento degli altri attori.¹⁵⁰

5.2 La Comunità Residenziale Valentino Sarcinelli di Cervignano del Friuli prima dell'avvento della pandemia

5.2.1 Istituzione ed evoluzione del servizio

La "Pia Casa di Ricovero Valentino Sarcinelli" fu donata dal Signor Pietro Sarcinelli alla Congregazione di Carità di Cervignano del Friuli nel 1933, allo scopo di onorare la memoria del figlio, Valentino Sarcinelli, deceduto in seguito ad un incidente automobilistico il 30.08.1930, perché fosse adibita a ricovero per le persone indigenti di Cervignano. Nel 1978 la Congregazione fu costretta, dalla normativa nel frattempo intervenuta, a trasformarsi in Ente Comunale di Assistenza.

Oggi è un Servizio Autonomo del Comune di Cervignano del Friuli destinato ad accogliere utenti autosufficienti, parzialmente autosufficienti e non autosufficienti in regime residenziale e semiresidenziale.

¹⁵⁰ Bernoux P., *La sociologie des organizations*, French Contemporary Fiction 2014, p. 436 - 456

Inizialmente l'edificio, nato dalla ristrutturazione della ex "Villa Antonelli" poteva ospitare fino ad un massimo di 12 utenti ed era gestito dal Consiglio di Amministrazione, attraverso l'apporto dato dalle religiose dell'Ordine della Madonna della Neve con sede a Savona. Negli anni '60, Presidente la sig.ra Variola, si effettuarono alcuni lavori di ampliamento e la costruzione di una piccola cappella lungo il confine a sud, consentendo alla struttura di accogliere sino a 28 ospiti. Grazie all'intervento del Consiglio di Amministrazione presieduto dal Geom. Burba, al fine di riuscire a soddisfare le crescenti richieste da parte degli "indigenti" del mandamento di Cervignano, nel '69 con un contributo regionale venne acquistato il confinante terreno, di proprietà della famiglia Dreossi – Parmeggiani, e edificato un nuovo corpo. L'inaugurazione, avvenuta nel novembre del 1973, fu un evento importante, al quale parteciparono diverse personalità dell'epoca, fra le quali l'allora Presidente della Regione Avv. Comelli: la struttura, con una capienza fino a 94 posti, si presentava come una delle più capienti della Regione. Nel 1981, a seguito dell'adeguamento ad una disposizione di legge nazionale, tutti gli E.C.A. vennero abrogati e le competenze trasferite ai Consigli Comunali. Infine, nel 1993 l'Amministrazione Comunale, al fine di adeguare la struttura alla nuova normativa, effettuò nuovi lavori che si conclusero nel gennaio 1999 e che comportarono la riduzione ad 87 posti letto.¹⁵¹

5.2.2 Principi e filosofia

Le dimensioni medio – piccole della struttura, un'architettura moderna e leggera, unite ad un arredo di tipo domestico, sono il presupposto di una gestione tesa a realizzare un ambiente, che pur essendo in grado di soddisfare le esigenze di assistenza e cura, risulti accogliente e familiare, aperto verso l'esterno, dove il bisogno del singolo possa trovare una risposta specialistica, ma il più possibile personalizzata. Al fine di non creare una comunità isolata, emarginata dalla società civile, la Presidenza V. Sarcinelli Residenziale intrattiene rapporti costanti e strutturati con il territorio. L'accesso da parte degli esterni (volontari o visitatori) viene incoraggiato attraverso la realizzazione di numerosi incontri (feste a tema, rappresentazioni teatrali e musicali, laboratori con bambini, ecc.) ai quali partecipano adulti e bambini, familiari e semplici conoscenti. Il volontariato viene riconosciuto, valorizzato (attraverso la realizzazione di corsi di formazione mirati) e coinvolto nella realizzazione di progetti che vedono come promotori numerose associazioni del territorio (AUSER, AGERCI, ARCI.NO, Banda Mandamentale di Cervignano, Associazione Isontina Ornitologica, UNSI, AFDS, UTE, Gruppo Missionario). La mission è rendere l'ingresso nella Comunità residenziale il meno traumatico possibile, nel rispetto dell'individualità di ogni ospite ed in vista del mantenimento dell'autonomia residua.

Possono essere riassunti alcuni principi cardine della Casa di Riposo:

¹⁵¹ Carta dei servizi della Comunità Residenziale "Valentino Sarcinelli" della città di Cervignano del Friuli (UD)

- **Uguaglianza ed imparzialità:** la RSA si impegna a garantire il medesimo trattamento a parità di condizioni, senza distinzioni e discriminazioni basate sul sesso, sulle origini razziali, sul credo, sulle condizioni economiche o sulle opinioni politiche.
- **Continuità:** la Comunità residenziale s’impegna ad assicurare la continuità del servizio, mediante l’articolazione dello stesso in turni sulle ventiquattro ore in modo da garantire adeguati livelli di prestazioni. In caso di interruzioni del servizio dovute a cause di forza maggiore, la Struttura si impegna a ridurre al minimo i disagi che ne possono derivare.
- **Diritto di scelta:** l’anziano ed i familiari, nel caso di impossibilità fisica o psichica dello stesso, mantengono il diritto a manifestare le proprie scelte all’interno della struttura, incluso il diritto di chiedere le dimissioni. Tali diritti incontrano il solo limite delle eventuali maggiori esigenze organizzative e funzionali che verranno di volta in volta esplicitate.
- **Partecipazione e trasparenza:** si promuove il coinvolgimento dei cittadini e degli utenti nell’erogazione dei servizi loro destinati, anche attraverso una corretta e tempestiva informazione. L’utente o i familiari hanno il diritto di manifestare le proprie opinioni in merito all’andamento del servizio e alle tipologie di servizi erogati attraverso l’invio di proposte, suggerimenti e richieste alla Direzione della struttura.
- **Efficienza ed efficacia:** la Comunità residenziale ha come obiettivo prioritario il perseguimento di un miglioramento continuo del livello di qualità, attraverso la massimizzazione dei risultati, contendendo, allo stesso tempo, le risorse da impiegare.

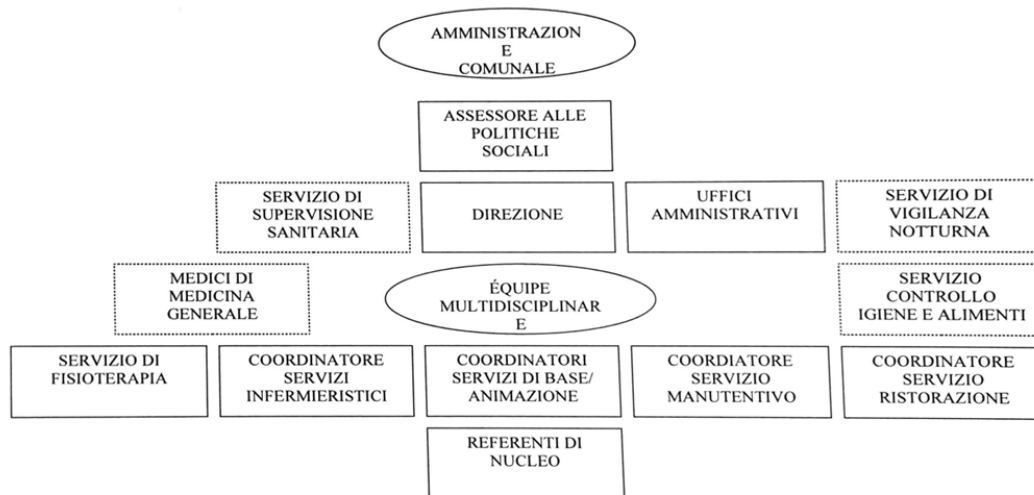
La Comunità Residenziale "Valentino Sarcinelli" è una struttura orientata al “Gentlecare” di Moyra Jones, il quale prevede un modello di assistenza definita “protesica” nel quale le persone, i programmi e lo spazio fisico (definite “le tre componenti del progetto”) sono in sinergia al fine di garantire un supporto, appunto “protesi”, per la ospite residente. Attraverso tale modello si cerca sempre di personalizzare gli interventi sulla base delle caratteristiche e dei gusti della persona. L’ intento di Gentlecare è quello di cercare di modificare il modo in cui viene concepita e pensata l’assistenza alle persone ricoverate presso le strutture residenziali, nello specifico quelle affette da demenza. Essa promuove un orientamento che non tanto si concentra sul comportamento della persona bensì sull’adattamento al contesto fisico e sociale in cui è inserita. I tre aspetti principali su cui lavora Gentlecare sono quindi:

- **Lo spazio fisico:** Identificato principalmente nella figura della “casa”, poiché essa rappresenta l’insieme di tanti aspetti legati alla soggettività della persona. Essa, infatti, rappresenta il luogo dove vengono conservate tutte le esperienze e le emozioni più importanti e significative del soggetto. Per questo è anche importante richiamare quanto

più possibile, all'interno delle strutture residenziali, un contesto ed uno spazio familiare come se fosse quello di casa, anche attraverso gli oggetti ed i ricordi maggiormente significanti per l'ospite.

- **Le persone significative con le quali vi sono interazioni:** I cosiddetti “caregiver” ossia coloro che hanno cura dell'ammalato, devono essere adeguatamente formati e soprattutto devono riuscire a condividere gli obiettivi ed i progetti per le persone. Solo in questo modo si potrà adattare il piano di cura per la persona sulla base delle reali necessità, soprattutto in vista di un possibile mutamento dei bisogni e conseguente riadattamento del progetto. A tal proposito, risulta fondamentale l'alleanza che si costruisce tra gli operatori del servizio e i familiari dell'ospite.
- **La routine quotidiana:** Infine, il Gentlecare si concentra sugli argomenti della quotidianità e della normalità. Il punto focale del modello è individuato nella creazione di una routine quotidiana personalizzata per ogni individuo, che tenga conto non solo delle richieste o dei bisogni della persona ma anche degli elementi biografici e di contesto legati a quella persona (si può pensare alle attitudini, competenze, valori di riferimento). Tutto ciò con l'intento di dare valore ai punti di forza della persona ed essere più vicini possibile allo stile di vita del soggetto. Alcuni esempi possono essere: riposi adeguati, coinvolgimento nelle attività quotidiane, oggetti da conservare, animali/piante, ricordi, gestione del denaro, insegnare/imparare.

5.1.3 Struttura e tipologia di utenza



6. ORGANIGRAMMA

Organigramma della Comunità Residenziale "Valentino Sarcinelli" di Cervignano del Friuli (UD)

La Comunità residenziale "V. Sarcinelli" situata in via Mercato n.12 a Cervignano del Friuli, gode di una posizione centrale, a pochi passi dalla piazza in cui ha sede il Palazzo Municipale, ma è al tempo stesso immersa nel verde grazie all'ampio parco che la circonda. La struttura dispone di n° 87 posti letto, di cui n° 59 posti per non autosufficienti e n° 28 posti tra autosufficienti e semi autosufficienti. Inoltre, è previsto un accoglimento diurno. Si tratta di massimo quindici posti per persone autosufficienti, che intendono passare solo alcune ore della giornata in struttura rientrando poi presso la propria abitazione.

L'assistenza residenziale viene erogata nell'arco delle 24 ore, mentre quella semiresidenziale (Centro Diurno) viene erogata in due fasce orarie: dalle 8:30 alle 14:00 (accoglimento diurno parziale) e dalle 8:30 alle 18:30.

L'accesso dall'esterno nella fascia oraria notturna viene impedito da una recinzione mascherata da una verdeggianti siepe e da una serie di cancelli, due dei quali dotati di impianto elettrico di apertura con codice d'accesso (per evitare che ospiti con problemi di demenza escano dalla struttura privi di accompagnamento).

Nell'ampio parco sono presenti percorsi privi di barriere architettoniche, panchine ed ombrelloni affinché gli ospiti ed i visitatori possano trascorrere del tempo all'aria aperta. Durante il periodo estivo la struttura è dotata di impianto di aria condizionata. Di fronte all'ingresso, è situata una cappella

nella quale si svolgono le celebrazioni religiose e nella quale chi lo desidera può raccogliersi in preghiera.

Sempre al piano terra si trovano la sala polifunzionale, dove si svolgono la maggior parte delle attività ricreative ed un locale attrezzato con distributori di bibite calde e fredde. La Struttura è dotata di una lavanderia interna nella quale vengono lavati i capi personali degli ospiti. Inoltre, all'interno della struttura, vi è un centro cottura dotato di efficienti attrezzature, ma soprattutto di personale attento alle esigenze di un'utenza anziana. I pasti vengono consumati in una sala da pranzo al piano terra – da parte degli ospiti che conservano una certa autonomia – e in piccole sale da pranzo ai piani, dagli ospiti che necessitano maggiore aiuto. Al piano terra sono anche presenti gli uffici amministrativi e di coordinamento. Al primo piano sono situati l'ambulatorio infermieristico e la palestra attrezzata, dotata di vari strumenti per la riabilitazione ed il mantenimento fisico.

Esistono tre Nuclei, coincidenti con i tre piani in cui sono collocate le stanze degli ospiti, destinati ad ospitare utenza con differente grado di disabilità (dal più grave al più lieve). Al fine di aiutare l'ospite ad orientarsi, ogni piano è contraddistinto da un colore diverso (rosso è il primo piano, rosa il secondo e verde il terzo).

Ogni piano ospita:

- 1 camera ad un letto;
- 8 camere a due letti;
- 4 camere a tre letti.

Ogni posto letto ha un comodino ed un armadio personale. Senza alcun supplemento in quasi tutte le camere è possibile usufruire di un apparecchio televisivo.

In ogni piano, oltre ai bagni afferenti alle camere da letto, vi è un bagno assistito dotato di particolari ausili per l'igiene degli ospiti con ridotta autonomia. Anche i bagni delle camere sono adatti all'utilizzo da parte di disabili.¹⁵²

Per l'accoglimento degli ospiti è necessario compilare la relativa documentazione. Nel caso in cui al momento della presentazione della domanda non ci sia posto disponibile in struttura, le domande complete della documentazione saranno evidenziate con l'asterisco e verranno poi inserite in graduatoria. Le rette di ospitalità sono differenziate sulla base del grado di autosufficienza dell'ospite e della provenienza.¹⁵³

Le rette sono comprensive dei seguenti servizi:

¹⁵² Carta dei servizi della Comunità Residenziale "Valentino Sarcinelli" della città di Cervignano del Friuli (UD)

¹⁵³ Regolamento per il funzionamento e l'accoglimento degli ospiti della casa di riposo "V. Sarcinelli" di Cervignano del Friuli

- Vitto: due pasti principali, colazione e due merende;
- Alloggio: posto letto in camera singola, doppia o tripla;
- Assistenza e cura alla persona di infermieri professionali, operatori di assistenza e tecnici della riabilitazione (incluso l'aiuto nell'assunzione di alimenti e liquidi per coloro che non sono autonomi in tali attività);
- Lavanderia interna (per capi di abbigliamento) ed esterna (per lenzuola, asciugamani, coperte e copriletto);
- Animazione interna (a titolo esemplificativo laboratori, ginnastica, giochi, proiezione film, ecc.) ed esterna (gite all'esterno della struttura);
- Pedicure e manicure;
- Spese di trasporto presso presidi sanitari e ospedali della zona effettuati entro le ore 20.00 dei giorni feriali.

I documenti necessari all'inserimento in graduatoria sono:

- Domanda di ricovero completa in ogni suo punto e redatta sul modello predisposto dalla Casa di Riposo "V. Sarcinelli";
- Consenso al trattamento dati personali e sensibili indirizzata all'A.A.S. n. 2 "Bassa Friulana Isontina";
- Informativa agli utenti per cambio residenza;
- Certificato medico sul modello predisposto;
- Fotocopia carta di identità e codice fiscale sia dell'interessato che del richiedente e tessera sanitaria dell'interessato.¹⁵⁴

5.1.4 Operatori presenti

La Casa di Riposo Valentino Sarcinelli è costituita da un'equipe multiprofessionale di circa 90 professionisti composta da:

- **Responsabile del Servizio:** è una ed è al vertice del servizio. Ha la responsabilità nell'allocazione delle risorse e nel coordinamento generale.

¹⁵⁴ Regolamento per il funzionamento e l'accoglimento degli ospiti della casa di riposo "V. Sarcinelli" di Cervignano del Friuli

- **Coordinatori socioassistenziali:** sono due e garantiscono che l'ospite riceva l'assistenza necessaria secondo i principi esposti nella Carta dei Servizi. Inoltre, assicurano il rispetto di tutte le norme e gestiscono le attività di servizio. Uno dei due Coordinatori ha la qualifica di assistente sociale, egli a tal proposito cerca di aiutare gli ospiti nella risoluzione di problemi sociali durante la permanenza in struttura e nella gestione dei rapporti con i familiari
- **Psicologo:** è uno e si occupa di pensare a proposte ed iniziative finalizzate al rafforzamento della relazione di aiuto nei confronti degli ospiti e anche dei loro familiari.
- **Infermieri:** sono nove ed assicurano l'assistenza infermieristica propria della loro qualifica professionale. Garantiscono una presenza continuativa sulle 24 ore.
- **Fisioterapisti:** sono tre e svolgono attività di riabilitazione e mantenimento nei confronti degli ospiti.
- **Educatori/Animatori:** sono tre e si occupano del potenziamento delle capacità degli ospiti favorendone la partecipazione attiva attraverso attività e costruzione di relazioni.
- **Personale Amministrativo:** sono tre e si occupano della gestione aziendale a livello organizzativo, contabile e di correttezza nelle pratiche amministrative.
- **OSS:** sono quarantacinque ed assicurano l'igiene e la cura dei residenti. Garantiscono una presenza continuativa nell'arco delle 24 ore.
- **Personale di pulizia ambientale:** sono otto e si occupano della pulizia e dell'igienizzazione di tutti i locali.
- **Personale della lavanderia:** sono tre e sono impiegati nel lavaggio del vestiario dei residenti.
- **Manutentori:** sono due e curano la manutenzione degli impianti e delle macchine presenti nella struttura.
- **Addetti alla mensa:** sono sette e gestiscono la preparazione dei pasti sulla base delle indicazioni dietetiche.
- **Parrucchiere/Estetiste:** sono tre e curano le acconciature e la cosmesi dei residenti.

In totale sono solamente sei i dipendenti assunti dal Comune di Cervignano del Friuli che quindi hanno un contratto pubblico. Essi sono la Responsabile del Servizio, i Coordinatori socioassistenziali, un manutentore ed il personale amministrativo. Il resto dei professionisti ha un inquadramento contrattuale sotto cooperativa o nella libera professione (soprattutto qualche infermiere). Nello specifico, le cooperative presenti sono tre:

- Cooperativa Dussmann: responsabile della preparazione, consegna e somministrazione dei pasti;

- Cooperativa Noncello: responsabile delle pulizie di carattere ambientale;
- Cooperativa Itaca: responsabile della maggior parte dei servizi che non competono alle cooperative citate in precedenza.

5.1.5 Attività e prestazioni

L'accoglimento residenziale comprende diverse attività e prestazioni che di seguito sono elencate:

- Segretariato Sociale:

Presso gli Uffici della Comunità residenziale, nonché sulla pagina del sito internet del Comune di Cervignano del Friuli, dedicata al Servizio, gli interessati potranno ricevere esaurienti informazioni sulle modalità da seguire per presentare l'istanza di accoglimento presso la struttura, nonché sui servizi erogati. La pratica relativa alla presentazione dell'istanza di accoglimento viene avviata dall'Assistente Sociale del comune di residenza, è pertanto importante che l'interessato, ottenuta la modulistica, si metta in contatto con i Servizi Sociali. L'accoglimento degli ospiti è infatti sempre subordinato alla valutazione effettuata dall'Unità di Valutazione Distrettuale (UVD).

- Accoglimento:

Presentata l'istanza, gli Uffici provvedono alla verifica della presenza di quanto richiesto dal Regolamento della struttura ai fini dell'ammissione, chiedendo l'eventuale integrazione, coordinandosi anche con gli Uffici dei Servizi Sociali del Comune di residenza dell'utente. Il coordinatore dei servizi assistenziali ed il coordinatore dei servizi infermieristici provvedono ad effettuare una visita domiciliare avente la duplice finalità di verificare, da un lato, la possibilità per la Struttura di accogliere il richiedente e dall'altro di presentare brevemente la struttura. Tale incontro, risulta fondamentale al fine di attenuare l'impatto emotivo negativo conseguente all'ingresso in Comunità residenziale. Infatti, in tale occasione viene redatto un P.A.I. (Piano Assistenziale Individuale) provvisorio al fine di impostare l'accoglienza nella prima fase dell'accoglimento in struttura. A seguito della visita domiciliare viene convocata un'equipe multidisciplinare, composta dal Direttore, dai Coordinatori dei servizi socioassistenziali ed infermieristici e dal Fisioterapista. In tale occasione si fa una valutazione multiprofessionale con l'intento di verificare la possibilità della struttura di farsi carico del nuovo ospite. Qualora il giudizio risulti positivo, la domanda entra in una graduatoria in base a quanto previsto dal Regolamento sul funzionamento della Struttura e quindi con

precedenza assoluta dei residenti del Comune di Cervignano del Friuli e con precedenza dei residenti nell'Ambito sociosanitario del Comune di Cervignano del Friuli rispetto agli utenti provenienti da Comuni diversi.

Essendo questa una fase molto delicata, nella quale spesso si assiste a fenomeni di depressione e di disorientamento cognitivo, è importante che il nuovo ospite prenda contatto in modo a-traumatico con la Struttura e con le figure di riferimento dell'area assistenziale. A tal fine, compatibilmente con le capacità di comprensione residue dell'utente, uno dei Coordinatori provvede a presentare a quest'ultimo le altre figure di riferimento e ad accompagnarlo in una visita guidata alla struttura, segnalandogli i percorsi per raggiungere i vari locali a partire dalla propria stanza e gli orari in cui vengono svolte le diverse attività.

Il primo periodo di osservazione, durante il quale viene richiesta la collaborazione dei familiari al fine di superare il disagio emotivo dell'utente e per raccogliere informazioni da utilizzarsi per la definizione del P.A.I., dura dai 20 ai 30 giorni a seconda dei casi. In seguito, il P.A.I. viene rivisto con cadenza periodica, diversa a seconda delle problematiche assistenziali evidenziate.

La stesura del P.A.I. è di competenza dell'Unità Operativa Interna (composta dai Coordinatori dei servizi socioassistenziali ed infermieristici, dal Fisioterapista e dal Tutor dell'ospite se presente).

- Assistenza alberghiera (vitto, alloggio, igiene ambientale):

Nei servizi alberghieri sono inclusi il vitto, l'alloggio, l'igiene e il riordino dell'ambiente e dei capi personali. I pasti, le colazioni e le merende vengono preparati presso il Centro Cottura interno e serviti entro 15 minuti dalla preparazione. Il menù del giorno (per il pranzo e per la cena) viene esposto in una bacheca posta all'esterno della sala da pranzo. Per gli ospiti con particolari problemi alimentari, la dietista provvede ad elaborare diete personalizzate. Il riordino e la pulizia delle camere e degli spazi comuni vengono effettuati in modo da ridurre al minimo le interferenze con le attività assistenziali. Le camere ed i bagni vengono puliti e riassetati almeno una volta al giorno. Il servizio di lavanderia per la biancheria piana (lenzuola, asciugamani, coperte, copriletto, etc.) viene svolto da una Ditta esterna.

- Servizio di lavanderia:

Il servizio di lavanderia interna si occupa del vestiario e della biancheria degli ospiti. Si consiglia il lavaggio a domicilio ad opera dei parenti dei capi più delicati, onde evitare che i potenti disinfettanti e le lavatrici industriali danneggino gli stessi. Al momento dell'ingresso l'ospite deve disporre di un

corredo personale (munito di un contrassegno per l'identificazione), che dovrà essere progressivamente reintegrato nel corso di tempo, di consistenza tale da consentire la disponibilità di capi sempre puliti.

- Prestazioni di Medicina Generale:

Le prestazioni sanitarie sono di competenza dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2 "Bassa Friulana Isontina". In particolare, spetta all'azienda:

- garantire l'erogazione di tutte le prestazioni infermieristiche, riabilitative e di medicina (di base e specialistiche);
- il coordinamento dell'attività sanitaria.

I rapporti tra l'Azienda ed il Servizio del Comune sono regolati da apposita Convenzione.

Le prestazioni di Medicina Generale vengono effettuate attraverso i Medici convenzionati con l'Azienda Sanitaria Bassa Friulana Isontina e scelti in autonomia dai residenti. In aggiunta alle visite programmate, il Coordinatore dei servizi infermieristici provvede a contattare il Medico in caso di necessità o urgenza.

Qualora il Medico di Medicina Generale ravvisi il bisogno di effettuare delle visite specialistiche le stesse vengono fatte presso gli ambulatori dell'Azienda Sanitaria.

Il trasporto da e per i presidi ospedalieri del Distretto Sanitario viene effettuato in convenzione con la Croce verde e pertanto senza alcun onere per l'utente.

Con frequenza quindicinale o mensile (a seconda del bisogno) vengono fatte, presso la Comunità Residenziale, visite fisiatriche da parte del Medico Fisiatra convenzionato con l'Azienda.

Il trattamento fisioterapico viene svolto su prescrizione del Medico Fisiatra convenzionato.

La struttura è dotata di palestra al primo piano (spalliera, scala, parallele, specchio, cyclette, elettrostimolatori, lampade per termoterapia, etc.).

Il personale infermieristico provvede ad effettuare tutte le prestazioni infermieristiche necessarie, alla stregua di quanto avviene nei reparti di degenza ospedalieri, nonché a vegliare sulla corretta alimentazione degli ospiti, incluse le diete speciali. Per tale ultimo compito si avvale della dietista del servizio di ristorazione. Durante la fascia notturna le prestazioni sanitarie sono assicurate dal Servizio di Guardia Medica.

- Prestazioni socioassistenziali:

Attraverso l'attività degli operatori socioassistenziali, su indicazione dei Coordinatori socioassistenziali e con la supervisione dei Referenti di Nucleo, ad ogni ospite vengono garantite tutte le prestazioni inerenti all'igiene alla persona, la vestizione, l'idratazione, l'alimentazione e la mobilitazione. L'intensità delle cure assistenziali varia nel corso delle 24 ore, tenuto conto delle diverse necessità connesse alla fascia oraria. Per quanto possibile, l'assistenza viene modulata anche in base alle caratteristiche psico – fisiche di ogni utente attraverso l'elaborazione del P.A.I. Le attività in generale possono essere riassunte come segue¹⁵⁵:

Prestazioni antimeridiane (dalle 7:00 alle 13:30)

- Alzata (igiene e vestizione)
- Colazione
- Bagni programmati (almeno 1 a settimana)
- Igiene personale giornaliera
- Idratazione
- Programma incontinenza
- Programma posture
- Aiuto nella deambulazione
- Rifacimento letto
- Pranzo
- Riposo antimeridiano

Prestazioni pomeridiane (dalle 13:30 alle 22:00)

- Alzata pomeridiana
- Idratazione
- Merenda
- Idratazione
- Programma incontinenza
- Programma posture
- Aiuto nella deambulazione
- Cena
- Messa a letto
- Riposo notturno
- Inizio sorveglianza

¹⁵⁵ Carta dei servizi della Comunità Residenziale "Valentino Sarcinelli" della città di Cervignano del Friuli (UD)

Prestazioni notturne (dalle 22:00 alle 7:00)

- Idratazione
- Sorveglianza
- Programma incontinenza
- Programma posture

- Servizio di animazione:

Il servizio di animazione prevede lo svolgimento di attività ricreative/riabilitative mirate al mantenimento psico – fisico e viene effettuato dal Coordinatore dei servizi socioassistenziali attraverso il personale di assistenza coadiuvato dai volontari accreditati. Le attività svolte dai volontari all'interno della struttura vengono espressamente autorizzate dalla Responsabile, previo esame dei progetti da parte dell'equipe multidisciplinare, al fine di vagliarne la compatibilità con le altre attività e con lo stato psico – fisico dell'utenza. Anche se opportunamente stimolati a partecipare, i residenti rimangono liberi di aderire o meno alle iniziative proposte. Le attività svolte all'esterno della struttura, realizzate dal Coordinatore dei servizi socioassistenziali in collaborazione con il personale socioassistenziale e/o con i volontari accreditati, coinvolgono i soli utenti previamente autorizzati da parte del Coordinatore dei servizi infermieristici, tenuto conto delle condizioni degli stessi al momento in cui viene effettuata l'escursione.

- Servizio religioso:

Il parroco della Parrocchia di S. Michele Arcangelo, tutti i sabati pomeriggio, celebra la Santa Messa nella cappella interna e fornisce l'assistenza religiosa agli ospiti che la richiedano, nel pieno rispetto della libertà di credo. Oltre ai parenti degli ospiti e agli ospiti stessi, alla Santa Messa partecipano anche soggetti esterni alla Comunità residenziale, rendendo quello che è un importante momento religioso, anche un momento di apertura della Struttura verso l'esterno.

- Riscossione rette con anticipazione contributo L.R. 10/1997:

Gli Uffici della Comunità residenziale provvedono mensilmente alla determinazione della quota dovuta dall'ospite sulla base dei giorni effettivi di presenza (per ogni giorno di assenza viene addebitata una quota del 60% della retta giornaliera, per la copertura delle spese fisse di mantenimento del posto). La quota mensile deve essere corrisposta entro l'ultimo giorno del mese di riferimento

presso le casse della Tesoreria Comunale, mediante addebito sul conto corrente indicato dal richiedente.

Il contributo di cui alla L.R. 10/1997, erogato all'utenza dalla Regione su base trimestrale a parziale abbattimento delle spese sostenute per il ricovero di soggetti non autosufficienti, viene anticipato dall'Ente. Pertanto, le famiglie degli ospiti non autosufficienti pagano la retta al netto di tale contributo.

- Centro Diurno:

Il Centro Diurno integrato è un servizio rivolto a tutti gli anziani autosufficienti che, pure rimanendo al proprio domicilio, vogliono usufruire delle seguenti attività:

- Segretariato Sociale;
- Accoglimento;
- Servizio di ristorazione;
- Prestazioni infermieristiche;
- Prestazioni riabilitative;
- Prestazioni socioassistenziali;
- Servizio di animazione;
- Servizio religioso;
- Riscossione rette.

Per rispondere alle diverse esigenze familiari si sono previste due fasce orarie: una prima fascia dalle 8:30 alle 14:00 ed una seconda fascia dalle 8:30 alle 18:30. Il servizio costituisce una valida alternativa alla Comunità residenziale, qualora l'anziano conservi un sufficiente grado di autonomia, ma necessiti di una sorveglianza continua e di una adeguata stimolazione onde prevenire il decadimento e l'isolamento, attraverso il coinvolgimento in diversi tipi di attività.

5.3 La struttura della ricerca

5.3.1 Metodologia di ricerca e obiettivi

Nel corso del tirocinio ho potuto osservare il funzionamento di una struttura residenziale per anziani durante il periodo del Coronavirus e, dopo un iniziale periodo di conoscenza del servizio, ho potuto costruire il mio progetto di ricerca, analizzando gli effetti della pandemia sulla struttura, sui professionisti, sui residenti e sui loro reciproci rapporti.

Come ho detto nell'introduzione alla ricerca, ho utilizzato l'analisi strategica e la griglia di analisi di Philippe Bernoux p. Mentre la seconda l'ho già spiegata, l'analisi strategica ho preferito trattarla in questa parte della ricerca perché funzionale alla descrizione della struttura della ricerca stessa. L'analisi strategica, rifiutando tutti i determinismi del contesto e tutta la cosiddetta "struttura obiettiva" si situa ad un altro livello di realtà e analisi (che non è puramente descrittivo). Essa guarda a quei vincoli imposti alla capacità di azione, sviluppo e mutamento di un insieme, e di ognuno dei suoi membri, dalle condizioni e modalità, in breve da quelli che vengono definiti da Crozier e Friedberg "giochi". Un procedimento strategico non può studiare un campo d'azione astratto ma ha bisogno di scoprire il peso di questi vincoli, sia per gli attori che per l'insieme di attori, ricostruendo la logica e la razionalità proprie alle relazioni che sottendono l'insieme. L'analisi strategica si fonda sulla necessità di scoprire le caratteristiche, la natura e le regole di questi "giochi" che strutturano i rapporti fra gli attori, condizionando le loro strategie d'azione al fine di risalire alle modalità di regolazione mediante le quali tali giochi si articolano gli uni con gli altri e sono mantenuti in operazione in un sistema di azione. In questa prospettiva il ricercatore, ruotando attorno ad un certo numero di concetti come strategia, zona d'incertezza, regole del gioco e grazie al tipo di ragionamento attraverso il quale ricava lo strumento di analisi, dispone di un insieme di dati che gli consentono di costruire un primo quadro più o meno formale per il suo studio¹⁵⁶. A questo punto l'analisi strategica adotta un procedimento ipotetico – induttivo attraverso il quale costituisce e delimita il proprio oggetto di studio per tappe successive, attraverso l'osservazione, la comparazione e l'interpretazione dei molteplici processi di interazione e di scambio che compongono la trama della vita interna al sistema d'azione in esame. Questo è un procedimento che si vale dell'esperienza vissuta dei partecipanti per proporre e verificare ipotesi generali sulle caratteristiche dell'insieme. Per poter osservare e studiare i comportamenti degli attori però, il ricercatore deve distinguere tra quelli che si palesano immediatamente ed esplicitamente dagli attori e quelli che invece sono percepiti implicitamente dagli attori stessi. È necessario che il ricercatore non si interroghi sulla realtà organizzativa solo da una posizione di esteriorità, non deve valutare o criticare le pratiche e gli atteggiamenti che osserva ma deve cercare di comprenderli. Questo perché tutti i fenomeni da analizzare hanno un senso e corrispondono ad una razionalità ben definita in quanto esistono di per sé. L'obiettivo del suo lavoro è quello di trovare il "senso profondo" che spesso si nasconde dietro l'apparenza, mettendo in luce i vincoli ed i limiti in base ai quali si spiegano determinati comportamenti che possono sembrare anche irrazionali.¹⁵⁷ Questo vuol dire che deve passare da una posizione di osservatore distaccato, inizialmente presa per salvaguardare la propria autonomia, per operare una deviazione attraverso

¹⁵⁶ Crozier M., Friedberg E., *Attore sociale e sistema*, Milano, Etas Libri 1990, pp. 315 - 318

¹⁵⁷ Crozier M., Friedberg E., *Attore sociale e sistema*, Milano, Etas Libri 1990, pp. 319 - 320

l'interiorità degli attori in modo da "mettersi al posto" dei vari attori e ricostruire a proprio uso la logica delle varie situazioni. Solo alla fine di questo processo egli potrà riacquisire la propria exteriorità confrontando le molteplici strategie osservate per risalire alle caratteristiche e alle regole dei giochi impliciti che strutturano il campo preso in esame. Il ricercatore opera quindi il cosiddetto "ragionamento sugli scarti"¹⁵⁸, ossia il fatto di usare i dati descrittivi di cui è in possesso per formulare una serie di ipotesi su ciò che dovrebbe succedere e su ciò che dovrebbe osservare secondo la logica della razionalità. Ed è proprio più che entrano in gioco "gli scarti", ovvero delle anomalie nei comportamenti degli attori che saranno preziose per il ricercatore in quanto gli danno i punti a partire dai quali il suo ragionamento può svilupparsi e la cui comprensione gli permetterà di scoprire certe caratteristiche dell'insieme che ancora non conosce. Da questo quindi troviamo l'importanza primaria del vissuto dei partecipanti, giustificando la scelta di un'intervista come strumento di ricerca. I vissuti e le narrazioni gli permettono di raccogliere il più velocemente possibile il maggior numero di informazioni concrete sul vissuto quotidiano degli attori e su ciò che invece è implicito nel campo preso in considerazione.¹⁵⁹

L'obiettivo di questo lavoro di ricerca è quindi quello di descrivere i cambiamenti che il Coronavirus ha portato nel modo di lavorare di una struttura residenziale per persone anziane e di quali sono stati i vissuti e le risposte degli ospiti e degli operatori che si trovavano in prima linea. L'ipotesi della ricerca è che la pandemia abbia stravolto l'organizzazione e la gestione di una struttura ormai consolidata da anni. Inoltre, tramite tale studio si vogliono analizzare i vissuti ed i risvolti sul piano psicologico e relazionale di tutti gli attori coinvolti. La ricerca vuole indagare il fenomeno della pandemia all'interno di un servizio istituzionale composto da professionisti e ospiti, con l'intento di verificare e riportare quali siano stati i cambiamenti organizzativi e relazionali e che cosa il Coronavirus potrebbe aver portato, sia di positivo che di negativo, sul pensiero rispetto ad una struttura residenziale. L'intento è quello di dare voce a coloro che in prima persona hanno vissuto questo periodo. L'intervallo di tempo scelto si focalizza principalmente sugli anni 2020 – 2021, sebbene, dai racconti degli intervistati, emerge una correlazione tra gli eventi che si ripercuote ancora oggi.

In particolare, gli obiettivi specifici che sono stati pensati si focalizzano su:

- Principali difficoltà e criticità in ambito organizzativo e lavorativo;

¹⁵⁸ Crozier M., Friedberg E., *Attore sociale e sistema*, Milano, Etas Libri 1990, p. 319

¹⁵⁹ Crozier M., Friedberg E., *Attore sociale e sistema*, Milano, Etas Libri 1990, pp. 329 - 331

- Relazioni tra professionisti e tra ospiti e operatori, inclusi la gestione dei rapporti ed il problema delle decisioni;
- Emozioni e sensazioni durante il periodo del coronavirus;
- Correlazione fra lavoro e vita privata;
- Riflessioni generali e su eventuali ipotesi di soluzione o progetti futuri;

5.3.2. *La traccia d'intervista*

In questo progetto di ricerca sono stato affiancato e supportato, nella scelta degli strumenti da utilizzare, dalla direzione della Comunità Residenziale Sarcinelli. Inizialmente avevo pensato alla creazione di un questionario con delle domande chiuse alle quali rispondere all'interno di un ventaglio di possibilità prefissate e già presenti nella traccia. Il questionario era strutturato per indagare la parte organizzativa e gestionale della struttura durante il periodo pandemico, per tale motivo le domande pensate avevano un taglio più tecnico. Al questionario volevo aggiungere una breve traccia d'intervista di circa tre o quattro domande che approfondisse le tematiche riguardanti i vissuti personali degli ospiti e dei professionisti della struttura, assumendoli come "testimoni" di quell'esperienza. Vista la difficoltà nel riproporre strumenti diversi per un unico scopo, il particolare periodo storico che stiamo vivendo e tutte le normative e disposizioni applicate alle strutture residenziali per anziani, ho deciso di effettuare un'intervista semistrutturata con traccia mista. Inoltre, richiamando l'analisi strategica della quale ho parlato in precedenza e l'importanza di indagare i dati descrittivi sulle opinioni, le percezioni, i sentimenti e gli atteggiamenti degli attori per ricostruire tutta la struttura e le regole che regolano i rapporti fra gli attori stessi e condizionano i loro comportamenti, il procedimento più pertinente ed in grado di cogliere i significati espliciti ed impliciti è quello dell'analisi qualitativa. Con essa, infatti, si parla di un'indagine a tutti gli effetti, la cui realizzazione può essere più o meno lunga, ma i cui esiti possono permettere di formulare una prima diagnosi relativamente corretta e precisa sulle proprietà e regolazioni del sistema d'azione studiato.

Ho intenzione ora di spiegare prima il concetto di intervista come strumento che la ricerca sociale ha a disposizione per raccogliere le informazioni necessarie, poi di descrivere il come e perché ho scelto la traccia mista. Utilizzerò come riferimento le varie tipologie di tracce di intervista e le categorie metodologiche teorizzate da Rita Bichi nel suo libro "L'intervista biografica".

La definizione che la Bichi dà di intervista è: *“un'interazione tra un intervistato e un intervistatore, provocata dall'intervistatore, avente finalità di tipo conoscitivo, guidata dall'intervistatore sulla base*

*di uno schema di interrogazione e rivolta ad un numero consistente di soggetti che sono stati scelti sulla base di un piano per la rilevazione”.*¹⁶⁰

I principali elementi di una traccia d'intervista sono:

- **La direttività:** è la possibilità da parte dell'intervistatore di scegliere i contenuti da trattare durante il corso dell'intervista.
- **La standardizzazione:** indica il grado di uniformità delle domande poste per quanto concerne la forma e l'ordine di presentazione.
- **L'articolazione della traccia:** ovvero il grado di dettaglio della traccia di un'intervista nel suo complesso.
- **La strutturazione delle domande:** è il grado di predefinizione del testo delle domande e, soprattutto fa riferimento alla maggiore o minore predefinizione dell'elenco delle possibili modalità di risposta.
- **Field:** luoghi ed i tempi in cui si svolgono effettivamente le interazioni di intervista.

In un lavoro narrativo come questo la direttività tende ad essere di per sé esclusa perché è l'intervistato stesso a dirigere l'intervista e, allo stesso modo, la standardizzazione tende ad essere minima quasi assente (come in quella categoria che Rita Bichi descrive “racconto di vita o intervista non strutturata”). Al contrario l'articolazione della traccia è sempre molto sviluppata ed in connessione con la strutturazione delle domande. Il vantaggio di tracce come queste è quello che attribuisce all'intervistato un enorme potere sul “dire”.¹⁶¹ Purtroppo, nel contesto in cui mi trovo, a causa della scarsa disponibilità di tempo, dei limiti di concentrazione e dei ritmi di lavoro, ho optato per una traccia di intervista semistrutturata definita mista. In questo particolare tipo di intervista non è lasciata totale libertà nel racconto all'intervistato anche se all'apparenza sembra così. Questo perché è presente una forma di interrogazione che è una domanda vera e propria (utile anche per creare un ancoraggio in contesti sociosanitari nei quali si trovano anche persone fragili che magari non sempre sono in grado di comprendere o di iniziare spontaneamente la narrazione) alla quale si aggiunge allo stesso tempo un insieme di punti tematici che l'intervistatore costruirà in modo da indagare più aspetti possibili del fenomeno analizzato.

In questo modo l'intervistatore può non trattare in maniera rigida la sequenza di domande ma semplicemente affidarsi a quella che è la trama della narrazione dell'intervistato. Inoltre, potrà

¹⁶⁰ Bichi Rita, *L'intervista biografica. Una proposta metodologica*, Milano, Vita e Pensiero 2002, p. 18

¹⁶¹ Nigris Daniele, *Legami di sangue. Simboli, linguaggi, relazioni della dialisi*, Acireale, Bonanno Editore 2020, pp.29 - 33

comprimere i tempi dirigendo maggiormente gli intervistati sulle tematiche più rilevanti per lo studio. In aggiunta, l'intervistatore, visto l'elevato livello di articolazione dei punti tematici all'interno di ogni domanda, può approfondire in maggiore dettaglio una determinata tematica.¹⁶²

Verranno ora presentate le nove domande di questa ricerca ed i loro punti tematici per far capire che cosa significa la traccia mista, sia con la domanda (tipica intervista semistrutturata) che con i punti tematici (intervista non direttiva – non strutturata). Questa sequenza di domande è quella che è stata utilizzata per intervistare i 27 professionisti mentre per le interviste agli ospiti della struttura sono state utilizzate meno domande, nello specifico la terza, la quarta, la quinta e la sesta. L'intervista si è svolta negli uffici della Comunità Residenziale, faccia a faccia, trasformandosi in un momento di ascolto inizialmente e poi di scambio di opinioni e idee sull'esperienza dei soggetti intervistati. Inoltre, tutte le interviste sono state registrate cosicché si possa disporre di uno strumento utile a rielaborare tutte le informazioni ottenute senza la preoccupazione di dover appuntare le cose e concentrandosi solo sul momento, dando alcuni spunti di conversazione per andare aldilà delle domande prestabilite. Si noterà poi nel prossimo paragrafo che accade spesso che alcuni punti tematici, costruiti "a priori" sulla base dell'osservazione e descrizione iniziale del Servizio, non vengono neanche trattati da alcuni soggetti oppure che ne vengono implementati altri che il ricercatore non aveva inizialmente ipotizzato.

1) Quali strategie operative sono state attuate all'interno della struttura per far fronte alla pandemia da Covid 19? In che modo tutto questo ha influito nello svolgimento delle sue specifiche mansioni?

- DPI
- Screening sanitario
- Igienizzazione mani e spazi
- Buona ventilazione
- Gestione spazi
- Sospensione visite
- Vaccinazioni
- Aumento ritmi lavoro o eseguire compiti che non mi competono
- Maggiore formazione e aggiornamento sulle procedure
- Necessità di maggior tempo

¹⁶² Nigris Daniele, *Legami di sangue. Simboli, linguaggi, relazioni della dialisi*, Acireale, Bonanno Editore 2020, p. 33

2) Mi può descrivere quelli che secondo lei sono stati i principali elementi di criticità in ambito organizzativo e lavorativo dovuti alla pandemia da covid 19?

- Reperimento/aumento costo DPI
- Mancanza di personale
- Gestione casi covid e morti (spazi per isolamento/distanziamento)
- Gestione dei rapporti interpersonali
- Cambio continuo di norme/recepimento istruzioni
- Aumento sentimenti negativi (paura, tensione e stress)

3) Mi può descrivere i pensieri/sensazioni/emozioni che ha avuto agli inizi di marzo 2020, quando si è compreso che il virus era un problema serio?

- Sensazioni principali (paura/ansia/indifferenza)
- Come spiegarlo agli ospiti della struttura
- Bombardamento mediatico

4) Ritene che ci siano stati dei cambiamenti nelle relazioni fra operatori, sia interni che esterni alla struttura, in seguito al covid 19?

- Meno confronto fra colleghi
- Diminuzione scambi con gli ospiti
- Diminuzione scambi con le famiglie
- Comunicazione fallacea coi soggetti istituzionali esterni
- Più unione, più senso di equipe
- Tensioni fra colleghi

5) Dal suo punto di vista quali sono state le maggiori criticità nella gestione delle relazioni con gli ospiti e con i familiari?

- Come è stata spiegata agli ospiti e come gli è stata fatta “accettare”

- Isolamento degli anziani
- Paura della morte
- Gestione delle attività e delle videochiamate
- Chiusura delle visite
- Ansia dei familiari

6) Secondo il suo vissuto qual è il periodo in cui ha riscontrato maggiori difficoltà in seguito alla pandemia? Perché?

- Realtà soggettivamente percepita
- Sensazioni/sentimenti prevalenti

7) Mi può dire se, nello svolgimento del suo lavoro, ci sono state ripercussioni anche nella sua vita privata? Quali?

- Lontananza da casa con impossibilità di prendersi cura dei familiari
- Paura di contagiarsi e contagiare
- Litigi in famiglia dovuti a tensione/stress, possibili ripercussioni anche sul benessere psicofisico
- Sensazioni negative (tensione, stress, solitudine e isolamento affettivo)
- Stravolgimento della routine quotidiana

8) Ritiene che dal punto di vista organizzativo si sarebbero potute adottare delle soluzioni o interventi alternativi più efficaci per fronteggiare le difficoltà dovute alla pandemia?

- Domanda aperta e libera, considerazioni personali

9) Ritiene che ci siano stati degli aspetti positivi che la pandemia ha portato? Se sì, quali?

- Comprensione maggiore del valore della libertà
- Possibilità di lavorare in maniera più smart, riducendo tempi e spostamenti

- Maggiore capacità nella risoluzione di problemi/emergenze
- Aumento capacità di resilienza e dell'autostima a livello professionale e personale

Da questo esempio possiamo notare una serie di domande da sottoporre ed una serie di punti tematici di cui è a conoscenza solo l'intervistatore e che cercherà di seguirli tutti senza interferire nella libertà di raccontare dell'intervistato. Tutti i punti tematici sono stati articolati dopo un periodo di osservazione iniziale dell'organizzazione del Servizio e, grazie agli strumenti dei sociologi dell'organizzazione francesi, ho cercato di renderli il più dettagliati possibili.

5.3.3 *Il campione*

Il campione è definito come una parte della popolazione selezionata utilizzata al fine di ridurre, principalmente a livello di tempi e costi, la raccolta di tutti i dati funzionali alla ricerca. Il campionamento invece, è l'intero processo attraverso il quale si estrapola, da un insieme di unità, un numero definito di casi che possano rappresentare al meglio l'intera popolazione. Quest'ultima verrà scelta sulla base di criteri specifici tali da consentire la generalizzazione all'intera popolazione di riferimento, partendo dai risultati attesi e poi ottenuti attraverso lo studio del campione. Nel caso della mia ricerca però il procedimento di campionamento viene definito come non probabilistico in quanto il criterio di estrazione dei casi si definisce "a scelta ragionata". In questo processo il ricercatore, sulla base dei suoi bisogni di analisi, fissa le regole per definire quali casi saranno parte del campione. Per tali motivazioni il campionamento detto non probabilistico non può essere soggetto agli influssi dell'inferenza statistica di quello probabilistico in quanto non produce dei risultati generalizzabili a tutta la popolazione di riferimento. Essendo una ricerca che si concentra particolarmente sui vissuti delle persone, lasciando un ampio spazio di narrazione e racconto, non si può estrapolare meramente un dato descrittivo e rappresentativo di tutta la popolazione. Esso sarà solo una piccola parte di quello che in realtà andrò ad indagare.

Il lavoro di ricerca è stato condotto su un campione totale di 30 soggetti, costituito per la maggior parte da operatori della struttura e, in piccola parte, da residenti della struttura. Il criterio per l'inserimento in tale ricerca era la presenza in struttura negli anni 2020 o 2021, al momento dello scoppio della pandemia oppure entro un anno dopo. Prima di somministrare le interviste, ai soggetti è stato spiegato chi ero e lo scopo che aveva tale progetto di ricerca. Ho redatto un documento "*Modulo informativo e di consenso alla partecipazione e al trattamento dei dati*", che è stato fatto firmare ai 30 soggetti, garantendo loro l'anonimato di tutti i dati. Inoltre, ho spiegato sinteticamente i vari quesiti che sarebbero stati posti con le interviste, rendendomi disponibile anche ad ulteriori

chiarimenti, in fase d'intervista, qualora permanessero dubbi. I 30 soggetti, individuati all'inizio per costituire il campione, hanno partecipato tutti al progetto di ricerca. Grazie all'aiuto della Direzione della Comunità Residenziale ho avuto modo di fissare tutti gli incontri in giorni e orari precisi, venendo incontro ai turni e alle necessità degli intervistati. Ho scelto di intervistare professionisti con diverso inquadramento professionale in modo da avere un quadro completo dei vissuti di ognuno, cercando di capire se fosse possibile creare una correlazione fra le diverse professioni in modo da giungere ad una lettura d'insieme. La guida delle interviste è stata elaborata tra giugno e agosto 2022, mentre la raccolta dei dati ha avuto luogo tra agosto e dicembre 2022, durante il corso di incontri in presenza presso la struttura. Purtroppo, è stato difficile intervistare un numero più consistente di ospiti in quanto i protocolli e le norme anti - contagio sono ancora vigenti e, in aggiunta, diversi residenti della struttura non sarebbero stati in grado di svolgere l'intera intervista, principalmente per difficoltà legate alla scarsa comprensione e alla stanchezza fisica e mentale.

5.4 L'esperienza di ricerca dentro la Comunità Residenziale "V. Sarcinelli"

Abbiamo già detto in precedenza che l'epidemia sanitaria derivante dal Covid – 19 ha portato uno shock enorme sul sistema dei servizi residenziali per anziani, i quali hanno dovuto affrontare in maniera repentina ed inaspettata un fenomeno di portata globale e quasi epocale. A partire da marzo 2020, attraverso uno sforzo notevole di tutti i professionisti coinvolti nelle strutture e fuori, è stata fatta una "lotta incessante" volta a fronteggiare la pandemia, cercando di individuare tutte le strategie e le soluzioni che aiutassero a risolvere i problemi che il Covid faceva emergere strada facendo. È emersa la volontà, in affiancamento alle azioni di sostegno e supporto ai servizi, di indagare e valorizzare approfondimenti specifici che diano modo di far emergere quanto è successo nei diversi territori con l'obiettivo di trarre spunti e idee funzionali alle azioni future di cambiamento.

Si parte infatti dal presupposto che il cambiamento nelle strutture c'è stato e sta ai ricercatori indagare quanto è emerso attraverso le testimonianze dirette di coloro che hanno vissuto in prima persona tali cambiamenti. La ricerca che andrò a descrivere cercherà, attraverso l'analisi qualitativa delle domande a risposta libera, di mettere in luce quali fossero le problematiche più ricorrenti e riportare le evidenze che permettono di evidenziare determinati aspetti di rilievo che una mera analisi quantitativa non consentirebbe di sottolineare. Ogni problema e mutamento organizzativo verrà quindi descritto nella sua interezza, in primis da un punto di vista tecnico e poi coadiuvato dalla percezione degli attori presenti in quel momento. Le riflessioni hanno l'intento di cercare di operare

una sintesi dei dati raccolti per suggerire alcune prospettive di lavoro e funzionamento orientate al cambiamento del sistema delle residenze per anziani. Visto il coinvolgimento di attori diversi quali professionisti con mansioni differenziate, ospiti e, in via indiretta i familiari degli ospiti, si cerca di guardare al fenomeno in una prospettiva d'insieme per studiarlo in tutta la sua interezza e complessità.

163

5.4.1 Le criticità tecnico – organizzative

Ho cominciato con la descrizione e l'analisi dei cambiamenti che il Covid ha portato sul piano tecnico – organizzativo, partendo quindi dalla seconda domanda. Sono stati analizzati, sulla base dei racconti e delle risposte degli intervistati, i seguenti aspetti:

- Problematiche nel reperimento dei Dispositivi di Protezione Individuale e conseguente aumento del costo;
- Problematiche nella mancanza o nella difficoltà di reperimento del personale e di pesante turnistica;
- Problematiche nella gestione degli spazi interni alla struttura per garantire l'isolamento dei positivi, la creazione dei corretti percorsi “puliti e sporchi” ed una corretta igienizzazione;
- Problematiche nel recepimento di istruzioni da parte di altri soggetti istituzionali e difficoltà nel seguire e rispettare un cambiamento continuo di norme e disposizioni;

Per quanto riguarda la prima problematica emerge come siano due i principali elementi da tenere in considerazione ossia la difficoltà di reperimento dei Dispositivi di Protezione Individuale per qualità e quantità (i DPI, infatti, necessitano del certificato di qualità per attestare il loro effettivo funzionamento) e l'aumento del loro costo vista la domanda sempre più crescente durante il periodo emergenziale.

“Non sapevamo più che pesci prendere, da un lato la normativa ci chiedeva di rispettare i protocolli e gli standard di qualità, dall'altro non potevamo garantire un ricambio così frequente di mascherine. Quelle c'erano e lo stesso vale anche per le risorse finanziarie a nostra disposizione, l'unica era chiedere collaborazione ad altre istituzioni” (Responsabile, F)

“Sarà stato maggio 2020, circa due mesi dall'inizio della pandemia. Ho visto che i DPI erano insufficienti e, con molto riguardo, ho chiesto alle colleghe della lavanderia di fabbricarne in

¹⁶³ Caracci G., *Implementazione di metodi e strumenti per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle RSA*, Roma, Agenas 2020

autonomia il più possibile. Siamo stati un giorno intero dalla mattina alla sera a tagliare tessuti e a creare delle pseudo mascherine, nell'emergenza i protocolli ministeriali sono passati in secondo piano...". (Coordinatrice socioassistenziale, F)

Queste due testimonianze mostrano nel concreto le azioni che la Direzione della Struttura ha dovuto intraprendere per sopperire ad un problema così grande che colpiva tutto il settore delle residenze per anziani. Entra in gioco il tema della collaborazione con gli altri servizi, nel caso specifico con la Protezione Civile e l'Azienda Sanitaria, ed il tema della riorganizzazione del Servizio in una situazione di emergenza critica. Le strategie utilizzate, secondo gli attori che le hanno vissute, sono state le uniche possibili, sebbene siano costate una grossa fatica sia in termini fisici che in termini emotivi. La fabbricazione autonoma di DPI ha avuto un conseguente aumento di ore di lavoro per il personale incaricato che si è visto privato del proprio tempo. Parlo di conseguenze emotive e relazionali perché, come evidenzia la Coordinatrice socioassistenziale, anche se la situazione lo richiedeva non è stato facile chiedere al personale della lavanderia di aumentare il proprio tempo lavoro senza alcun riconoscimento. Questo è solo un primo esempio di quanto sia costato, anche in termini di qualità delle relazioni e del corretto andamento dei processi lavorativi, operare in una situazione emergenziale. Il rischio principale che ne è derivato è stato quello di un malcontento generale negli operatori e nei rapporti gerarchici che ha portato ad una diminuzione degli scambi e della fiducia reciproca.

"Hai idea di quanto abbiamo lavorato per quelle benedette mascherine? Io poi non le sopporto, non respiro e delle volte non riconosco le persone. Il pensiero poi di indossare un materiale non certificato dal governo mi metteva addosso l'ansia di contagiarmi. Come potevo sapere a cosa andavo incontro?" (Oss, F)

La seconda grossa criticità, testimoniata in diverse occasioni come la più grande delle criticità, è stata quella relativa alla mancanza di personale e alla pesante turnistica. La mancanza di personale va inteso non tanto per la singola struttura quanto a livello generale. Infatti, oltre a mancare personale interno alla struttura a causa delle complessità causate dall'emergenza Covid (principalmente OSS ed Infermieri), non c'erano proprio operatori disponibili sul mercato del lavoro. Tanti professionisti, infatti, sono stati assorbiti nelle strutture ospedaliere e dell'Azienda Sanitaria.

"La difficoltà più grande è stata il reperimento di personale. Nessuno immagina cosa voglia dire il 70% di operatori malati, abbiamo dovuto chiamare l'ospedale militare per avere rinforzi!" (Coordinatrice socioassistenziale, F)

“Alcuni operatori presi della paura sono rimasti a casa, hanno dato le dimissioni. I turni erano troppo pesanti e l’ansia era eccessiva. Da un certo punto di vista li posso anche capire”
(Coordinatore socioassistenziale, M)

“Ho fatto turni massacranti, entravi ma non sapevi quando uscivi. Se la mattina qualcuno era positivo sapevi già che non potevi andare a casa” (Oss, F)

Dall’analisi dei dati qualitativi raccolti emergono la fatica e gli sforzi di tutto il personale della Comunità Residenziale. La pesante turnistica è l’elemento di maggior criticità riportato dai professionisti e le ipotesi di soluzione non sono state facili da trovare, anche perché come ho già detto il personale sociosanitario non era fisicamente disponibile. La Sarcinelli nello specifico ha attuato diverse strategie seguendo l’esempio di altre strutture sul territorio nazionale:

- Collaborazioni con altri Servizi istituzionali, in particolare ASL e Ospedale Militare, per il reperimento di altri operatori.
- Riconversione del personale a svolgere mansioni non di loro competenza viste le difficoltà imposte dalla situazione.

“Non è facile lavorare con gente nuova, c’è bisogno di spiegargli tutto e non sempre capiscono al volo.” (Oss, M)

“Chiamavo chiunque, dai familiari ai colleghi di altre strutture, fino ad arrivare ai medici. Erano tutti impegnati ed io avevo dieci minuti liberi.” (Animatrice, F)

Dalle risposte date si può estrapolare una tematica importante che è quella della formazione degli operatori. Essa è fondamentale per un corretto svolgimento del proprio lavoro ma, in un contesto così compromesso risulta molto difficile dedicare qualcuno che se ne occupi in quanto può essere visto come “una perdita del proprio tempo lavoro” minando gli standard qualitativi del Servizio. Anche in questo caso emerge l’importanza della componente relazionale e della collaborazione fra professionisti della struttura anche con diverse mansioni e inquadramenti contrattuali in quanto tutti attori dello stesso sistema.

La gestione degli spazi e delle persone malate rappresenta una criticità di primaria importanza e che, se non implementata nella maniera corretta, porterebbe ad una quantità molto elevata di soggetti malati tali da creare un circolo vizioso senza uscita (come è accaduto in alcune strutture residenziali per anziani nel panorama italiano). La difficoltà nel garantire l’isolamento dei positivi è sempre stato un grave problema all’interno della Sarcinelli, con l’aggiunta che è stato molto complesso creare un percorso cosiddetto “sporco” per via della conformazione della struttura. Non avendo solo camere singole è stato praticamente impossibile isolare gli ospiti “compagni di stanza” e per tale motivo si è

creata una stanza apposita per le persone positive. Questo d'altro canto ha comportato una problematica gestionale dell'isolamento a livello relazionale per gli ospiti e a livello operativo per il personale. Questo punto verrà trattato in modo più dettagliato successivamente perché apre la strada all'importanza dell'aspetto relazionale per gli ospiti della struttura, i quali si sono trovati da un momento all'altro isolati rispetto all'esterno, con uno stravolgimento della routine quotidiana e con poca possibilità di svolgere le solite attività ludico – ricreative e socializzanti. La chiusura delle visite coi parenti poi ha comportato una totale riorganizzazione delle attività e delle modalità di comunicazione. Sono state implementate maggiormente le attività individuali e l'uso dei dispositivi informatici per comunicare con i familiari. Infine, la frequente necessità di igienizzazione degli spazi comuni e delle stanze, ha comportato un fabbisogno ulteriore di operatori ausiliari ed un aumento delle ore di lavoro per il personale addetto alla pulizia (la Sarcinelli ha infatti adottato una revisione del piano delle pulizie).

“Abbiamo dovuto fare una formazione a tutti, ospiti compresi. Era impensabile pensare di procedere senza che tutti fossero formati sui protocolli di distanziamento e di igienizzazione. Non ti dico neanche la fatica ed il tempo che ci abbiamo messo, non tutti reagiscono positivamente al cambiamento” (Infermiera, F)

“Ho dovuto riorganizzare completamente il mio lavoro, tutte le attività ed i progetti che avevamo in piedi non erano praticabili. L'unica cosa positiva è che abbiamo potuto soffermarci sulla creazione di attività individuali che fossero accattivanti come quelle di gruppo” (Animatrice, F)

“Non sono stato bene, non potevo vedere più nessuno o giocare a carte. Questa volta devo dire grazie davvero ai telefonini, solo sentire la voce di mio figlio mi tranquillizzava” (Ospite, M)

L'ultimo aspetto principale di criticità organizzativo, riscontrato in misura maggiore dai vertici gerarchici della Struttura, è stato il recepimento di istruzioni da parte di altri soggetti istituzionali e la difficoltà nel seguire e rispettare un cambiamento continuo di norme e disposizioni. Il rischio per la Comunità Residenziale è stato quello di avere una congestione di informazioni non integrate con l'Azienda Sanitaria e con la Regione e la difficoltà a recepire le eventuali variazioni da un aggiornamento all'altro.

“A volte neanche ti rispondevano, eravamo tutti nella stessa condizione. Eravamo molto arrabbiati ma ripensandoci non c'erano grandi alternative” (Amministrativa, F)”

La risposta della struttura è stata messa in campo principalmente dalla Direzione, la quale ha dovuto impegnarsi in un dialogo continuo ma complicato con tutta la task force istituzionale. Le opere più importanti e significative hanno visto la creazione di piccoli schemi di sintesi delle disposizioni per

gli operatori ma anche per gli ospiti (brevi schemi colorati venivano lasciati nei corridoi della struttura o in corrispondenza dei diversi piani), brevi equipe di condivisione ed esposizione dei materiali e delle nuove norme.

“Una delle più grandi criticità è stata proprio quella di tradurre tutte le norme. Ne uscivano di continuo e quella nuova poteva distruggere la precedente. Dovevo sempre provare a rintracciare lettera per lettera qualcosa che parlasse delle strutture”. (Coordinatore socioassistenziale, M)

5.4.2 Emozioni e sensazioni provate

Gli effetti suscitati dall'emergenza e tutte le problematiche appena descritte hanno influito in modo palese sul carico di lavoro, specialmente psicologico ed emotivo, degli operatori e degli ospiti della struttura. Le emozioni e sensazioni provate hanno avuto un impatto enorme sulla routine quotidiana dei residenti e, allo stesso tempo, sul lavoro degli operatori. Proveremo a ripercorrere le principali emozioni provate nella struttura a partire da marzo 2020 attraverso le narrazioni degli intervistati. Il percorso tortuoso affrontato verrà ricostruito grazie alle testimonianze dei diretti interessati, le quali mostreranno percezioni ed emozioni molto diverse e talvolta in contrasto fra loro.

“Sul lavoro ha influito soprattutto la paura. Dovevi rassicurare anziani e parenti pur avendo molta paura, personalmente ho sempre cercato di garantire il benessere e la tranquillità dei residenti rendendomi felice e disponibile” (Oss, F)

“All'inizio è normale avere paura, non si conosceva assolutamente niente del virus. Per come sono fatta ho voluto andare avanti sempre senza paura, un clima positivo aiuta in parte lo sconforto iniziale” (Infermiera, F)

“All'inizio non ero troppo preoccupato, quando ho iniziato a vedere i camion della Protezione Civile ho cambiato idea. Ho provato subito ad attrezzarmi per capire la precauzioni da attuare per non ammalarsi ed ho cercato di coinvolgere i colleghi. Fare squadra in questi momenti è fondamentale” (Fisioterapista, M)

Le testimonianze si focalizzano sull'importanza e la necessità di mantenere la calma e assumere un atteggiamento positivo per condizionare anche chi non lo è in quel momento. Un grosso peso però riportato dagli operatori è stato proprio questo conflitto interiore tra una paura legata all'incertezza della situazione e l'obiettivo di garantire il benessere emotivo degli ospiti.

“All'inizio è stata una sorpresa, non sapere cosa dire a ospiti e familiari è stato deprimente.” (Coordinatore socioassistenziale, M)

“Era molto difficile spiegare agli anziani cosa stava succedendo senza allarmarli, ma ci pensava già la TV. Era per loro un modo di tenersi impegnati anche se i risultati sono stati totalmente deleteri. La non collaborazione degli anziani all’inizio della pandemia è stata la cosa più pesante per me.”
(Animatrice, F)

La paura e la preoccupazione del contagio sono state le emozioni più percepite all’inizio della pandemia, in aggiunta, il bombardamento mediatico della televisione e l’allarmismo hanno condizionato il pensiero dei residenti rispetto all’emergenza. Molti, infatti, non sono stati in grado di capire fino in fondo di cosa si trattasse, comportando degli atteggiamenti di ribellione e di non rispetto delle regole. Anche il carico emotivo riportato dai familiari è stata una fonte di stress e fatica per gli operatori coinvolti, i quali si sono sentiti chiamati a dover rispondere ai bisogni di rassicurazione di familiari preoccupati o arrabbiati.

“È stato un periodo di privazione delle libertà, era tutto molto triste guardato da qua dentro. Poi all’esterno era ancora più demotivante vedere zero persone in giro” (Oss, F)

“Mi sono sentita abbandonata e soprattutto ho visto alcuni miei compagni sprofondare nel buio. Non poter vedere nessuno è stata una tragedia, io avrei aperto alle visite protette molto prima.” (Ospite, F)

“Non ci ho capito niente, ero disorientato. Dovevo stare lontano da tutti e tutti quelli che mi si avvicinavano erano irriconoscibili. Con quelle tute mi sembravano degli alieni” (Ospite, M)

Emerge in correlazione all’emozione della paura anche quella della tristezza, sia degli operatori che degli anziani. La chiusura delle visite ai familiari ha inciso in maniera significativa sullo stato d’animo dei residenti poi riversatosi sugli operatori che non sapevano come colmare questo vuoto. Inoltre, l’uso dei DPI ha ridotto notevolmente gli scambi ed i rapporti fra professionisti e anziani, i quali si sono trovati in una situazione di totale smarrimento. La sensazione di solitudine è stata vissuta infatti da tutti e tre gli ospiti intervistati, soprattutto nei periodi di isolamento perché positivi al covid. Questo sembra aver colpito in maggiore misura coloro che cognitivamente sono orientati perché potevano capire di più il contesto.

“Si è bloccato il mondo, c’era un azzeramento della libertà. Almeno uscivo di casa per andare a lavoro, non voglio pensare chi rimaneva bloccato a casa.” (Fisioterapista, M)

“Tanti miei colleghi si sono lamentati dei tamponi eccessivi e del fatto che, giorno libero o no, il tampone dovevi venire a fartelo... Io mi sentivo più protetta ed ho sempre apprezzato una politica così ferrea del Servizio. D’altronde qual era l’unica cosa importante? Non beccarsi il virus no?”
(Oss, F)

Un piccolo gruppo di professionisti ha però fornito delle risposte cercando di guardare quello che gergalmente viene definito “il bicchiere mezzo pieno”. I soggetti che hanno riconosciuto l’importanza del loro lavoro e di essere stati in contatto con altre persone durante il periodo Covid affermano di aver sempre mantenuto la motivazione nel venire al lavoro e svolgerlo al meglio. Per di più, il costante monitoraggio sanitario dato dai tamponi tre volte alla settimana ha permesso quella “tranquillità” che tanti altri non avevano.

“Con la tuta sudavi tantissimo e per turni a volte interminabili. Facevo fatica ad andare in bagno ma non c’erano alternative, gli operatori non c’erano. Mi svestivo in un ambiente di 15 gradi, ho sofferto degli sbalzi termici improvvisi.” (Oss, M)

La sensazione che ha minato di più il benessere, in particolare degli operatori, è stata quella della fatica fisica dettata dal lavoro. Gli operatori hanno dovuto costantemente confrontarsi con degli sforzi eccessivi in un contesto di poca relazione e poco dialogo. Allo stesso modo gli ospiti si sono ritrovati “abbandonati” da qualsiasi contatto umano sviluppando emozioni nella maggior parte dei casi negative o comportamenti di regressione e disorientamento. Con l’aumento del carico di lavoro sono stati privati agli anziani i giusti spazi e la routine che scandiva le loro giornate, si è compromesso il rapporto quotidiano e stretto che c’è tra gli operatori (in particolare Oss, infermieri, animatrici e fisioterapisti) e gli ospiti della Comunità Residenziale.

“Sudavi tantissimo e certi anziani non stavano mai fermi. Io cerco di fare il mio lavoro sempre per il bene dei residenti ma gli sforzi fisici mi hanno messo a dura prova, sono arrivata al punto di pensare di licenziarmi.” (Oss, F)

L’emergenza Covid – 19 ha avuto un impatto emotivo su tutto il contesto residenziale, le emozioni hanno influito sul benessere di ciascuno in modo diverso e soggettivo in ogni intervistato e sono state diverse anche le modalità di risposta come abbiamo visto. Paura e tristezza risultano comunque tra le emozioni negative maggiormente provate da parte degli operatori. I vissuti negativi ed il lavorare in un contesto con così alto rischio hanno portato molti professionisti ad operare una sorta di distacco emotivo professionale cercando di rinunciare alle emozioni negative favorendo una “riduzione del danno” con il benessere e la cura dell’anziano. Questo distacco del quale abbiamo sentito parlare direttamente dagli operatori ci porta ad introdurre un altro argomento indagato ossia il rapporto fra la vita professionale e quella privata.

“Non avevo orario, sono rimasta anche fino a mezzanotte. Il coordinatore infermieristico si è assentato improvvisamente e dovevo tenere il controllo della parte sanitaria, non di mia competenza. La responsabilità ricadeva su di noi, anche sabato e domenica li passavo costantemente al telefono” (Responsabile, F)

“Nella vita privata avevo la testa sempre qua, è stato un periodo molto impegnativo mentalmente. Arrivi a casa super stressato e hai pure paura di contagiare i tuoi cari” (Oss, F)

Le ripercussioni sulla vita privata sono state evidenti per praticamente tutti gli operatori intervistati, da una parte la paura di portare il virus fuori e dall'altra di portarlo dentro. Sono stati riportati dei cambiamenti delle relazioni in famiglia e con i propri amici. Le “rivendicazioni” per il ruolo svolto hanno compromesso il benessere psico fisico di diversi operatori che, pur facendo degli sforzi immensi in ambito lavorativo, non si sentivano riconosciuti né professionalmente né nella vita familiare.

“Avevo ansia di far ammalare gli altri, le persone che non sono del nostro ambiente non capivano e non percepivano la pericolosità della malattia, non mi sentivo compresa” (Infermiera, F)

“Lavorando qui eravamo psicologicamente orientati e direi costretti a stare più attenti, eravamo noi a portare fuori il virus. Le strutture residenziali potevano trasformarsi in focolai in un attimo, la gente lo sapeva” (Psicologa, F)

“Mi sentivo solo un operatore della casa di riposo, c'erano continui cambi di programma per mancanza di personale, dormivo separatamente da mio marito e mangiavo da sola. Avevo paura di contagiarli, i miei figli piangevano perché non rispettavano le promesse. Mi hanno chiesto perché avessi scelto questo lavoro. È stato molto stressante” (Oss, F)

“Vivevo per lavorare, non avevo interazioni sociali, non facevo una vacanza. Purtroppo, ci siamo dovuti adattare a questa situazione e fare squadra” (Fisioterapista, M)

5.4.3 L'importanza delle relazioni

“Mi reputavo fortunato a non aver perso il lavoro, anzi mi sentivo quasi un privilegiato. Purtroppo però il lavoro era comunque peggiorato nelle relazioni sociali, c'era una disumanizzazione totale. Non lavoriamo mica in fabbrica noi.” (Oss, M)

“Diciamo che nel pratico il mio lavoro è cambiato poco, nella relazione invece c'è stato un capovolgimento, niente più palestra di gruppo, niente battute o sorrisi, lavoravo solo su dei corpi distesi su un letto” (Fisioterapista, M)

I ruoli professionali sono associati sempre a delle specifiche mansioni e azioni, le quali tuttavia non definiscono appieno un determinato lavoro. Vi sono infatti dei “compiti” che esulano le principali competenze tecniche – operative e si proiettano in favore del benessere totale del residente della struttura. Questi compiti si riferiscono alla sfera relazionale che coinvolge i tre principali attori del

sistema: operatori, ospiti e familiari. Questi tre si sono influenzati reciprocamente con una sempre maggiore diffusione di malessere ed emozioni negative.

“Non capivo chi avessi davanti, sembravano dei marziani tutti bardati con quelle tute” (Ospite, M)

“Abbiamo riscontrato un altro tipo di contagio, non legato al virus. Era un malessere diverso dentro la struttura. Fattori come l’isolamento, l’emergenza ed i DPI hanno acuito lo stare male emotivamente” (Psicologa, F)

“C’era difficoltà nel far capire e nel farsi capire, si sono potute ideare nuove soluzioni solo grazie alla tecnologia” (Animatrice, F)

La comunicazione nella Comunità Residenziale Sarcinelli di Cervignano del Friuli è stata una delle difficoltà più grandi. È stato necessario approcciarsi a nuove modalità comunicative che, a discapito di quanto tutti pensassero, hanno riscontrato diversi vantaggi soprattutto in termini di rapidità e comodità. Le chiusure delle visite ai parenti ha visto necessaria l’attivazione di questi canali di comunicazione, che in questo caso specifico sono stati possibili grazie al grande lavoro delle animatrici. Lo scopo era quello di poter garantire un contatto con i familiari dell’ospite al fine di fargli sentire vicina la presenza dei suoi cari, prevenendo la solitudine. Dall’altra parte risultava molto utile per arginare l’ansia e la preoccupazione dei familiari, i quali si sono affidati alle competenze ed al dialogo con gli operatori. È normale, infatti, che nelle situazioni di maggior emergenza, dove l’angoscia e la necessità di informazioni dei familiari era più elevata, si siano manifestate le maggiori criticità relazionali per lo stato di affanno nonostante l’immenso impegno del personale in cui tali strutture versavano.

“I familiari ci hanno sempre ringraziato, ero disponibili con noi. Sono stata presente anche per dei colloqui telefonici o videochiamate direttamente con loro visto che nessuno poteva entrare” (Psicologa, F)

“Non tutti potevano fare le videochiamate, alcuni anziani non capiscono chi c’è dietro lo schermo, anzi non capiscono proprio cosa sia uno schermo. Purtroppo, alcuni hanno bisogno di un contatto per entrare in relazione, anche se non è un contatto fisico dev’essere quanto meno reale e visibile” (Animatrice, F)

Da queste interviste vediamo come l’operatore stesso assumeva il ruolo di “familiare” per l’ospite.

“Dovevano affidarsi a noi, non vedevano nessuno. Siamo noi la loro famiglia, per questo dobbiamo fare in modo di essere una famiglia perfetta, con pregi e difetti” (Infermiera, F)

“Durante il cambio era finito il supporto emotivo, non se ne parlava” (Oss, M)

Gli aspetti più sentiti e vissuti con più sofferenza sono proprio quelli relativi alla perdita del rapporto quotidiano tra ospite ed operatore. Diversi professionisti, nel ricordare l'esperienza passata, cambiano il tono della voce o si commuovono, indicatori del fatto che nella struttura si creano relazioni operatori – ospiti autentiche.

“Era difficile obbligare gli anziani a stare lontani, è casa loro!” (Coordinatore socioassistenziale, M)

“Ci siamo irrigiditi anche nella relazione con l'anziano. Era un lavoro a porte chiuse, senza aiuto di terzi compresi i parenti. C'era più freddezza e durezza nelle relazioni.” (Oss, F)

“Noi operatori avevamo tutti paura dell'avventore esterno, abbiamo sprangato le porte perché sennò si andava nel panico. Il pericolo arrivava da fuori e noi lo sapevamo bene. È capitato che non riconoscessi gli operatori nuovi, mi immagino per gli anziani” (Infermiera, F)

Alcuni professionisti hanno però espresso alcune considerazioni sulla positività (relativa) della chiusura delle visite ai familiari. Si sottolinea infatti l'importanza della diminuzione della confusione data dai familiari quando c'era il libero accesso alla struttura.

“Sicuramente gli ingressi contingentati o vietati hanno giovato al nostro lavoro. C'era meno casino e meno disorientamento dei residenti. Potevamo concentrarci maggiormente sulle attività individuali senza perdere tempo.” (Fisioterapista, M)

Alcuni professionisti, in particolare animatrici, infermieri e oss, hanno fatto emergere esperienze di forti sofferenze legate al concetto della morte. Tra dicembre 2020 e gennaio 2021 la Sarcinelli ha visto il suo picco maggiore per quello che concerne i casi positivi al Covid. Sono morti diversi residenti e, oltre che sui familiari, l'impatto è ricaduto anche sugli operatori. Gestire la comunicazione del decesso di una persona con la quale vivi la quotidianità e con la quale si è instaurato un legame comporta condizioni di sofferenza e demotivazione.

“L'accompagnamento alla morte abbiamo dovuto farlo da soli, era molto triste. Percepisci la sofferenza della gente” (Animatrice, F)

“I casi di decesso sono per me stati la parte peggiore, tu non sai cosa dire. I parenti non hanno potuto accompagnare i loro cari nella morte. Ho visto svariati casi di non accettazione” (Oss, F)

Un lato alquanto oscuro di questa ricerca è rappresentato dai cambiamenti relazionali che ci sono stati fra gli operatori del servizio. Il distanziamento sociale, i DPI, lo stress e la fatica hanno reso impossibile i soliti scambi quotidiani e i cosiddetti “momenti di sfogo”

“Dentro siamo diventati quasi tutti estranei, mancavano tutti i momenti informali. Le relazioni ce le avevi a inizio o a fine turno se ti andava bene, non c’era grande possibilità di confronto.” (Oss, F)

“Tendevi a ridurre al minimo le comunicazioni, era finita l’era dei caffè alle macchinette. Tutto doveva essere funzionale all’emergenza in atto” (Infermiera, F)

“Le relazioni sono cambiate con il distanziamento, sociale ed emotivo. Il covid ha radicalizzato tutto quello che poteva radicalizzare dal punto di vista relazionale. Si è ripercosso anche sull’intera struttura, alcuni avevano le idee talmente radicalizzate sulla pandemia che minavano anche il rapporto con i familiari” (Coordinatore socioassistenziale, M)

Dai racconti si possono cogliere alcune sfumature riguardo i rapporti fra gli operatori che descriverei come “tecnico - operativi” e la Direzione della struttura. Emergono atteggiamenti di ribellione e ammutinamento contro le scelte dell’organizzazione e dettate da un livello di insoddisfazione troppo alto che non permette il corretto riconoscimento del proprio lavoro.

È aumentata la distanza tra chi si occupa dell’organizzazione del lavoro e chi sta sul campo. Gli operatori si comportano come se la pesantezza gravasse tutta su di loro. È diminuita la comprensione nel lavorare prendendo determinate decisioni obbligate. Alcuni operatori sono rimasti a casa dalla paura, si sono formati dei gruppetti e qualcuno ha perfino dato le dimissioni.” (Responsabile, F)

“Mi sarei aspettata almeno un grazie dal Servizio, ci siamo veramente sacrificati ma nessuno ci ha riconosciuto nulla.” (Oss, F)

“Non avevi il tempo di dirgli le cose da fare. Ci siamo inventati il punto ristoro al piano terra per gli operatori che si svestivano, nessuna struttura ci ha pensato nei dintorni. Abbiamo fatto una plenaria dove abbiamo ringraziato tutti ma non è stato apprezzato. Il loro pensiero è che noi eravamo lì in ufficio, mentre loro erano quelli sacrificati. La Psicologa ha chiamato gli operatori a casa con il covid ma non è stato percepito bene, quasi come un controllo. Anche il questionario fatto per indagare lo stress su di loro è stato boicottato. Mi sono dovuta rimodulare nei confronti degli operatori, sono più guardinga. “Tanto siamo eroi di cosa, non ci hanno dato neanche i 100 euro in busta paga”, questa era la loro filosofia. Si vede una differenza negli operatori, tra chi ha più e meno relazione con gli anziani.” (Coordinatrice socioassistenziale, F)

Nei rapporti fra colleghi della medesima professionalità emerge una visione totalmente opposta. Essi evidenziano un clima di completa collaborazione che è servito per superare tutto il periodo del Covid. Sono riusciti a fare gruppo, a condividere le emozioni e a riconoscere di essere uniti nel fronteggiare l’emergenza, fattore che ha permesso positivamente di creare una maggiore collaborazione

dell'equipe multidisciplinare e ha arginato le emozioni negative favorendo un clima interno in modo positivo.

“Tra operatori c'era un forte senso di coesione del gruppo. Ci spalleggiavamo e ci venivamo incontro per qualsiasi cosa” (Oss, F)

“Coi colleghi abbiamo sempre fatto equipe. È stato l'unico punto di appoggio dall'inizio alla fine.” (Oss, M)

5.4.4 Riflessioni

In questo ultimo paragrafo ho intenzione di soffermarmi su delle brevi riflessioni affrontate direttamente con gli intervistati. Verranno analizzati i risultati rispetto ad alcune idee su nuove prospettive lavorative e su possibili ipotesi alternative nella gestione di una futura emergenza pandemica. Inoltre, per approfondire la tematica e rilevare i punti dai quali poter iniziare per cambiare la situazione viene chiesto agli intervistati di esplicitare, qualora ci fossero, gli aspetti positivi che il Covid potrebbe avere portato nella Comunità Residenziale.

I limiti normativi imposti dalla pandemia hanno lasciato poco spazio al pensiero rispetto strutture innovative. La Sarcinelli ha complessivamente risposto in maniera positiva all'emergenza ed è per questo che una buona parte degli intervistati non ha particolari riflessioni su cui soffermarsi.

“Doveva essere presa in considerazione da subito l'organizzazione dei piani e degli spazi, forse abbiamo tardato un po'. Penso che in questo modo avremmo potuto salvarne di più, quindici non sono pochi” (Oss, F)

“Delle soluzioni alternative è un po' difficile trovarle, dal punto di vista organizzativo non si poteva fare di più, le norme imponevano questo, potevamo forse trovare delle soluzioni nei rapporti interpersonali fra colleghi. Anche se personalmente non trovavo neanche il tempo di pensare a queste cose.” (Responsabile, F)

“Servivano più formazione e preparazione, anche sui Dpi, i ventilatori, le carenze di ossigeno, vestizione/svestizione. Così anche più momenti di confronto su questo. È anche mancato un adeguato supporto psicologico a livello del personale, non si è pensato alla psiche del lavoratore ma solo a sfruttarlo e farlo lavorare.” (Infermiera, F)

“Dovevano prestare maggiore attenzione dal punto di vista legislativo alla differenza tra i contesti sanitari e quelli sociosanitari. Si dovevano comprendere subito tutti quei decessi nelle case di riposo veneto – lombarde. I legislatori spesso non ne sanno di strutture residenziali, non le conoscono

dall'interno. Dovevano darci più strumenti e risorse, non parlo solo di risorse economiche ma di direttive tecniche, è inutile erogare fondi senza una progettualità, come già accade” (Coordinatore socioassistenziale, M)

“Per quello che riguarda la struttura non vedo soluzioni alternative. A livello istituzionale potevano scegliere di farci autogestire quantomeno rispetto all'ingresso e uscita delle persone. La parte sanitari è stata messa in primo piano tralasciando il resto, soprattutto le parti emotive e sociali. Il Ministero doveva valutare maggiormente quali fossero le conseguenze non solo sanitarie” (Psicologa, F)

Richiamando il documento dell'OMS, il quale tratta gli obiettivi politici e delle possibili azioni per gestire il virus nelle residenze per anziani, si concentra su due aspetti principali portati anche dai professionisti della Sarcinelli: da una parte dare priorità al benessere psicofisico per chi offre e riceve assistenza mentre dall'altra cerca di adeguare le dimensioni delle strutture per ridurre l'impatto negativo causato sulla qualità della vita di operatori e residenti della struttura. Inoltre, viene sottolineata l'importanza nel promuovere relazioni con i familiari considerandoli parte fondamentale della quotidianità degli anziani residenti. Allo stesso modo anche un accrescimento delle relazioni con il territorio ed una maggiore apertura verso la cittadinanza e la comunità possono favorire la ricerca di soluzioni e strategie più efficaci.

“La ricerca di contatti umana, apprezzare le cose che si danno per scontate, risvegliare i sentimenti umani e insegnarci che nella vita ci sono sempre degli imprevisti e dobbiamo essere sempre pronti a reagire” (Oss, F)

“Nel male è stato positivo il contenimento di altre malattie attraverso l'uso della mascherina. Potrà essere scomoda o faticosa da usare ma credo che ci abbia salvato diverse volte” (Oss, F)

Non è stato facile per gli operatori della Sarcinelli trovare degli aspetti positivi, molti infatti si sono concentrati solo sull'emergenza e non sono stati in grado di vedere aspetti positivi perché non li hanno vissuti. Al contrario, circa metà degli operatori ha esposto alcuni spunti di positività dati dal Covid che spaziano principalmente su tre fattori:

- Il contenimento di altre malattie grazie ai DPI;
- Apprezzamento della libertà dopo la fine della pandemia;
- Aumento della capacità di resilienza e di maggiore preparazione alle emergenze future;
- Lo sviluppo di nuove tecnologie e di attività individuali visto che quelle di gruppo erano impraticabili;

- Smart working e nuove tecnologie da implementare per il miglioramento della qualità del lavoro, per snellire i tempi e garantire, con una forma diversa, il benessere delle persone anziane e dei familiari;
- Condividere esperienze di vita per fare in modo che tutti gli attori coinvolti si sentano più “leggeri e liberi” dopo aver raccontato l’esperienza e le emozioni provate. Questo potrà essere solo l’inizio di un percorso di consapevolezza delle proprie attitudini e capacità e quindi di vedersi e soprattutto riconoscersi come una persona forte e resiliente.

“Abbiamo potuto cimentarci con delle attività nuove, individuali, penso ad esempio alla lettura o al dialogo. Tutti parlano di distanza durante la pandemia ma per quella che è la mia esperienza mi sono avvicinata molto di più ai residenti ed alle loro famiglie” (Animatrice, F)

Alla luce delle riflessioni portate dai diversi operatori è doveroso fare emergere in prima battuta cosa significa il cambiamento organizzativo e cosa c’è alla base del pensiero la creazione di nuovi modelli di strutture residenziali. Si è passati da un approccio tecnico – scientifico a nuove forme organizzative radicalmente diverse, basate sul pensiero dietro alle persone e sull’innovazione:

- Nuove prospettive di lavoro che ci insegnano dall’esperienza passata e sono utili a configurare il futuro prossimo in vista di nuove situazioni pandemiche.
- Redazione di protocolli pandemici che definiscano nello specifico procedure, interlocutori ed il ruolo delle diverse istituzioni competenti. Tali protocolli potrebbero essere implementati quantomeno a livello regionale.
- Un ripensamento dell’assistenza e della presenza medico/infermieristica sul territorio. È necessaria una maggiore dotazione organica all’interno delle strutture residenziali per anziani. Deve migliorare anche la relazione con gli altri soggetti istituzionali quali le ASL ed i servizi sociali territoriali per semplificare i percorsi di assistenza agli anziani.
- Uno sguardo all’aspetto strutturale in quanto è emerso in maniera primaria il problema della gestione delle strutture residenziali di grandi dimensioni.
- Attenzione all’investimento sul personale. Infatti, emerge una fragilità nel ritrovare strategie di solidarietà fra diversi enti e gestori che porta a ripensare gli accordi tra le varie parti per la gestione emergenziale del personale nonché il bisogno di strumenti di implementazione e raccordo per la ricerca e la selezione del personale adeguato con le ASL. Tali strumenti saranno probabilmente oggetto di una seria attenzione d’ora in poi.

- Aumentare di base i protocolli sulla sicurezza ed il monitoraggio rispetto all'apertura alle visite e alle attività del territorio in quanto si sono dimostrate elementi fondamentali ma di potenziale vulnerabilità. Anche in questo caso è importante che le Regioni forniscano indicazioni sempre più puntuali e dettagliate per far sì che le strutture residenziali per anziani non diventino dei semplici ospedali ma luoghi di cura e soprattutto di vita che devono garantire apertura verso l'esterno ed il rispetto della dignità e dei desideri della persona.
- Sviluppo della comunicazione in maniera più strutturata che presuppone la comunicazione in presenza ma anche quella digitale in modo da integrare le due forme e valorizzare il ruolo dei familiari nelle strutture residenziali.
- La formazione specifica degli operatori, in particolare dei neoassunti, che va aldilà della mera pratica professionale e si adatta ai nuovi cambiamenti (emergenze sanitarie, utilizzo di nuove tecnologie legate al benessere e all'assistenza, importanza delle relazioni). Essa dovrà essere continua, partirà già dal contesto accademico e dovrà adattarsi ad ogni singola organizzazione sulla base delle proprie specificità e delle diverse professionalità presenti.
- Potenziamento della funzione di governance pubblica e di coordinamento istituzionale da potenziare in futuro. Garantire delle risposte veloci e tempestive rispetto all'epidemia sanitaria, un maggiore coordinamento e controllo su tutte le tipologie di strutture residenziali per anziani. Dovranno essere esplicitati i requisiti minimi (come ad esempio la digitalizzazione, i rapporti interpersonali con le famiglie e fra colleghi, l'organizzazione degli spazi, la fornitura di DPI ed il coinvolgimento del territorio e della cittadinanza).
- Aprirsi ad una visione più ampia sulla base delle varie tematiche trattate e che ripensi le politiche rivolte alla popolazione anziana. L'importanza delle innovazioni, l'incentivazione delle dimensioni sociali e la promozione dell'invecchiamento attivo degli anziani sono solo il punto d'inizio di questo nuovo modello di pensiero.

Questo progetto di ricerca ha cercato di analizzare le conseguenze e gli effetti della pandemia su una struttura sociosanitaria per persone anziane, provando a ripercorrere, assieme a coloro che si sono trovati sul campo al momento dell'emergenza, tutte le tappe affrontate e le difficoltà incontrate.

Il fine ultimo di questo lavoro è quindi quello di poterlo rendere utile ad una futura emergenza, ripensando a quelli che sono stati i maggiori elementi di criticità con la finalità di adottare delle possibili strategie per migliorare la qualità di vita e di lavoro per ospiti, professionisti e familiari.

Questi dati potrebbero essere utili non solo alla struttura Sarcinelli, bensì alle altre strutture e alla comunità.

Dai risultati di buona parte delle interviste abbiamo visto che sono emersi alcuni ragionamenti su come poter migliorare il servizio attraverso l'uso della ricerca.

Si potrebbero ipotizzare progetti diversi a seconda dei destinatari dell'intervento. In particolare, ci si potrebbe focalizzare su tre categorie di destinatari:

- Gli ospiti che risiedono nella struttura.
- I professionisti che operano all'interno del Servizio.
- La cittadinanza o la comunità in generale.

Per quanto riguarda la prima categoria di destinatari, ossia gli anziani residenti nella struttura, si potrebbero implementare i servizi e le risorse già presenti nel Servizio, cercando di offrire maggiori spazi di ascolto, attività e sostegno fin dalle prime fasi della presa in carico. Inoltre, è molto importante, anche a livello istituzionale, pensare di mettere sullo stesso piano il cosiddetto "aspetto sanitario" e "l'aspetto emotivo – sociale". Dalle interviste è emerso spesso infatti che, durante la pandemia, le possibilità di fare delle attività era pressoché nulla e le visite dei parenti erano state interrotte. Per tale motivo diversi anziani hanno manifestato dei comportamenti disfunzionali che potevano sfociare in tristezza, rabbia, forte paura, incertezza ed incomprendimento, creando un forte squilibrio soprattutto in coloro che psicologicamente erano più fragili.

Per quanto concerne la cittadinanza e la comunità in generale, potrebbero essere costituiti degli spazi di ascolto e sostegno all'interno del Servizio. Inoltre, potrebbero essere organizzate delle "Giornate formative e ricreative", strutturate in due o più incontri, in cui affrontare tematiche concernenti la gestione e l'organizzazione di una casa di riposo e dei suoi residenti, lasciando spazio anche agli ospiti stessi di raccontare quello che è successo, mettendoli in primo piano ed in relazione con la società. Il coinvolgimento, la partecipazione ed il riconoscimento sono le chiavi perché si instauri un dialogo volto al miglioramento fino a che c'è margine. Ovviamente potrebbe essere implementato anche per degli incontri dedicati solamente agli operatori per parlare del funzionamento della struttura tra ruoli, mansioni e rapporti interpersonali.

La partecipazione a queste giornate dovrebbe essere gratuita, in modo tale da permettere la partecipazione a chi si trova in una situazione di vulnerabilità economica, e anonima, per rispettare la privacy delle persone.

Infine, per quello che riguarda i terzi destinatari ovvero gli operatori, si auspica che si sviluppi maggiormente quello che già era iniziato all'interno della struttura:

- Punti ristoro per le brevi pause degli operatori, in cui potersi rilassare o entrare in relazione con gli altri;
- Maggiori momenti di confronto e di “supervisione” dei dipendenti, in modo da poter ipotizzare strategie e idee per migliorare la qualità della vita lavorativa dei professionisti;
- Adeguato supporto psicologico a livello del personale, questionari di rilevazione dati, costanti e maggiori formazioni e aggiornamenti;
- Implementazione di nuove tecnologie e della possibilità di visite dei parenti in maniera contingentata per garantire degli spazi completamente a disposizione della relazione fra i due, senza creare confusione;
- Maggior dialogo con le cooperative ed i sindacati per un riconoscimento delle proprie mansioni lavorative e del carico emotivo e psicologico a cui tutti gli operatori della struttura sono esposti;

Queste progettualità permetterebbero:

- Di rendere la Comunità Residenziale Sarcinelli ancora più aperta al territorio, grazie all’offerta di un aiuto concreto alla cittadinanza, e a una maggiore visibilità e trasparenza sui compiti che svolge quotidianamente.
- Di rendere maggiormente partecipe alle azioni di prevenzione la cittadinanza, che spesso non sa dove cercare informazioni sulle problematiche degli anziani e delle strutture e che vuole offrire il proprio contributo al servizio ed alla comunità.
- Di rendere la struttura un luogo di lavoro maggiormente più attento alle relazioni fra i dipendenti, gli anziani ed i familiari per il loro benessere psicofisico.

CONCLUSIONI

Questo elaborato si è focalizzato su un tema molto delicato emerso negli ultimi anni, ovvero quello delle strutture residenziali per anziani durante il periodo della pandemia da Covid – 19. Il confronto diretto con residenti e operatori i quali hanno vissuto quotidianamente questo periodo difficile, ha consentito di analizzare da vicino le principali criticità emerse e le esigenze, permettendo così di ipotizzare in collaborazione con gli stessi intervistati, alcune strategie di fronteggiamento forse più efficaci in vista di un’emergenza futura e delle riflessioni sugli aspetti positivi e negativi che la pandemia ha portato. Parlare di strutture residenziali per anziani significa guardare ai residenti, alle famiglie ed agli operatori da una prospettiva olistica che tenga in considerazione uno sguardo al futuro in un presente sempre in continua evoluzione. Gli anziani ospiti delle residenze hanno il bisogno di

sentire ancora la vita pulsare ed il loro tempo non può essere solo una mera attesa ma deve includere nuovi bisogni e nuove progettualità. Allo stesso modo anche gli operatori non possono essere esclusi da tali progettualità, anzi, essi non sono meri erogatori di prestazioni ma attori attivi che vivono la quotidianità assieme ai residenti e scambiano con loro parole, sguardi, emozioni e “ritualità” della vita quotidiana che purtroppo con l’emergenza sono sempre più diminuite. Gli operatori sono poi quel “ponte” che permette il mantenimento delle relazioni fra anziano e famiglia, fra interno ed esterno. Il mantenimento ed il contatto con i propri familiari sono fondamentali per garantire quei bisogni di ascolto e di relazione al fine di prevenire l’isolamento sociale degli anziani. Una citazione della professoressa Luigina Mortari aiuta a capire l’importanza della relazione di cura sotto tutti i punti di vista: *“la cura costituisce la qualità essenziale della condizione umana. Poiché la cura non è qualcosa che ci appartiene, come il corpo e la mente, ma è il modo di esserci cui si deve dare forma, si può dire che la condizione umana è quella di essere chiamati a qualcosa di essenziale che sempre manca: la cura”*¹⁶⁴. Le strutture residenziali per anziani assumono un ruolo cardine nella nostra società e non possono essere viste e considerate come strutture a sé stanti ma come soggetti all’interno della comunità che interagiscono con il territorio producendo, grazie ai diversi attori presenti, un senso di comunità fatto di emozioni e relazioni che esulano dai cosiddetti “confini” urbanistici e strutturali. Per costruire un clima di benessere dentro le strutture residenziali occorre cambiare paradigma e sperimentare nuove azioni che vadano oltre il sistema riparativo classico. Un’analisi delle criticità e dei cambiamenti organizzativi e relazionali dovuti alla pandemia può permettere di ragionare insieme, come Comunità, per passare ad un’ottica preventiva, promozionale ed inclusiva.¹⁶⁵

Nel primo capitolo viene analizzata da un punto di vista tecnico – normativo quella che è la condizione dell’essere anziano oggi. I temi maggiormente emersi sono quelli relativi al progressivo invecchiamento della popolazione dovuto all’aumento dell’aspettativa di vita da un lato mentre dall’altro all’aumento progressivo di comorbidità e malattie strettamente correlate e più difficili da gestire. Esaminati questi presupposti risulta complicato garantire a tutti un “invecchiamento sano” ed è per questo che si prosegue con un’analisi e spiegazione del concetto di istituzionalizzazione, con tutte le implicazioni emotive e relazionali sia per i familiari che per gli anziani stessi. La letteratura, soprattutto negli ultimi anni, si concentra maggiormente sul garantire lo “star bene” dell’anziano dentro le strutture residenziali, che non corrisponde solo ai bisogni di cura primari ma anche e soprattutto al benessere relazionale ed emotivo dato dal contatto con i propri familiari e dall’ambiente accogliente della struttura. La maggiore attenzione alle fasi di accoglimento delle persone, alla necessità di un’equipe multidisciplinare che valuti costantemente l’andamento del percorso

¹⁶⁴ Mortari L., *Aver cura di sé*, Varese, Raffaello Cortina Editore 2019

¹⁶⁵ Allegri E., *Il servizio sociale di comunità*, Roma, Carocci Editore

personalizzato di ognuno sono solo alcuni spunti che denotano una particolare sensibilità verso la tematica. Anche nell'ambito Agroaquileiese, all'interno del quale è inserita la Comunità Residenziale "V. Sarcinelli" di Cervignano del Friuli (UD) emergono le principali problematiche di invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento di bisogni primari per la popolazione anziana.

Il fenomeno scatenante ossia l'emergenza da Coronavirus e tutte le sue implicazioni, l'ho descritto da due punti vista principali: la necessità della riorganizzazione sanitaria con tutte le sue fragilità che sono state messe a nudo e la legislazione nazionale, regionale ed europea per farvi fronte. Il calo di risorse economiche, strutturali, di personale ed il continuo susseguirsi di nuove normative hanno portato ad una serie di procedure ben definite per limitare il contagio (DPI, restrizioni alle visite, percorsi puliti/sporchi) e ad un ripensamento delle attività con un'ottica di innovazione per quel che si poteva. Il carattere emergenziale, infatti, ha messo i bisogni primari di cura al di sopra di quelli relazionali e di benessere psicologico, portando a conseguenze in molti casi devastanti.

I numerosi studi scientifici citati nell'elaborato fanno emergere una correlazione tra gli effetti delle diverse pandemie del corso della storia. Inevitabilmente vengono coinvolti tutti i membri della società, non solo anziani ma anche giovani e famiglie. La vita delle persone anziane è cambiata nello stesso modo in cui è cambiata la vita di tutta la popolazione. Il clima di allarmismo e l'imposizione di ulteriori barriere alle relazioni sociali ha portato ad un picco di sintomatologia ansiosa ed isolamento sociale. In questo contesto è importante che una struttura organizzativa garantisca il benessere dei propri operatori attraverso strategie per favorire una buona comunicazione, collaborazione di gruppo e facilitando l'accesso ai servizi di ascolto e supporto psicologico. Gli operatori infatti risultano essere i più colpiti da stress, ansia e depressione in tale scenario. L'intento della ricerca è anche quello di richiamare ad una maggiore attenzione le Direzioni Sanitarie e le Politiche Sociali sul benessere psicofisico di coloro che scendono in campo per fronteggiare la pandemia.

La "corporate governance" deve fare in modo che la Struttura si adatti al cambiamento organizzativo che c'è in atto rimodulando, oltre agli aspetti operativi, anche quelli relazionali e di rapporti gerarchici. Le strutture si configurano come luoghi di vita e di relazione, strutturati a vari livelli. Con i colleghi alcune relazioni possono generare difficoltà per l'interazione tra categorie professionali, con i superiori bisogna gestire i rapporti di subordinazione gerarchica e la leadership ed infine bisogna considerare i rapporti con familiari e residenti, dove tutti sono chiamati a mettere in gioco abilità e risorse personali, ma anche il proprio vissuto, soprattutto emotivo. Un'organizzazione è già di per sé un sistema complesso, i meccanismi di cambiamento e di trasformazioni imposti necessariamente richiedono che gli individui coinvolti mettano in pratica nuovi rapporti umani e nuove forme di

controllo sociale. Passare da una visione di mutamento e trasformazione come problema ad una visione di mutamento come scoperta ed acquisizione di nuove capacità. Non si tratta infatti di decidere una nuova struttura, una nuova tecnica, un nuovo metodo, ma di dar avvio ad un processo di cambiamento che implica azione e reazione, negoziazioni e cooperazione. Il cambiamento che ottiene successo è il risultato di un processo collettivo attraverso il quale vengono mobilitate, o addirittura create, le risorse e capacità dei partecipanti e non la semplice conseguenza della sostituzione di un modello vecchio con un modello nuovo.¹⁶⁶ La visione di cambiamento come apprendimento collettivo è interessante e coerente con gli obiettivi di ricerca sociale, analizzando il cambiamento insieme agli operatori, gli ospiti e la direzione della struttura permette di ripercorrere tutte le tappe passate, presenti e future delle trasformazioni avvenute in una prospettiva d'insieme.

La Comunità Residenziale “V. Sarcinelli” è solo uno dei molteplici esempi che si possono fare sul concetto di cambiamento, nello specifico dell'organizzazione e delle relazioni. Come tante altre strutture ci sono stati periodi di contagio e sofferenza che hanno delle ripercussioni ancora oggi in particolare nelle relazioni e nelle emozioni. L'esperienza di ricerca dentro la Sarcinelli mi ha permesso di confermare la tesi iniziale per la quale le strutture residenziali per anziani hanno subito un cambiamento in seguito alla pandemia ma, ha permesso di accrescere la ricerca stessa portando un esempio concreto di realtà. Il continuo confronto con gli operatori, sia nella struttura della ricerca che nella sua esecuzione, mi ha dato modo di cogliere diverse sfaccettature che da fuori possono sembrare inesistenti o scontate. Aldilà delle “solite” criticità organizzative che si sono ripercosse a livello praticamente uniforme sulle strutture residenziali, poter fare un'esperienza di ricerca in una struttura specifica permette di entrare in quelle dinamiche nascoste di relazioni, sguardi e quasi riti che scandiscono la giornata di ospiti e operatori. L'importanza di considerare il vissuto e l'esperienza di ogni soggetto è un punto cardine per qualsiasi struttura, tutte le emozioni provate necessitano di essere ricordate nella gioia e nel dolore di quei giorni. Pensare che da un giorno all'altro la realtà quotidiana venga capovolta è una sfida immensa per chi si è trovato a fronteggiare le difficoltà della pandemia. La collaborazione con i diversi attori ha fatto emergere le testimonianze di coloro che lo hanno vissuto con l'obiettivo di poter riflettere sulle azioni passate e orientarsi al futuro cercando nuove prospettive e possibilità.

Durante le interviste fatte ad ospiti e operatori si è creato un dialogo costruttivo sulla propria esperienza e sugli orizzonti futuri. Tra ospiti e professionisti si instaurano relazioni molto forti, positive o negative, di immedesimazione e di rifiuto proprio come in famiglia. Dalla parola degli intervistati emerge in maniera chiara l'idea che le relazioni dentro una struttura residenziale per

¹⁶⁶ Crozier M., Friedberg E., *Attore sociale e sistema*, Milano, Etas Libri 1990, pp. 287 – 297

anziani si debba fondare su un rapporto di fiducia fatto di ascolto, informazioni e consigli per fornire sostegno ed incoraggiare l'espressione delle emozioni. Una buona capacità comunicativa – relazionale con gli ospiti è una dimensione chiave delle narrazioni, strettamente connessa all'empatia e veicolata dal saper ascoltare, che si esprime cercando di entrare nel punto di vista dell'interlocutore e condividendo, per quanto possibile, il suo vissuto e le emozioni che esprime. In ambito formativo potrebbero essere implementati dei programmi specifici per incrementare le abilità relazionali, sia per ridurre la fatica e lo stress emotivo delle diverse professioni sia per lo sviluppo di abilità interpersonali e legate all'intelligenza emotiva. Attraverso opportuni training mirati si potrebbero maggiormente sviluppare capacità di riflessione su situazioni potenzialmente traumatizzanti o stressanti mediante pensiero critico. Infine, lo sviluppo di adeguate strategie di coping finalizzate a mantenere l'equilibrio tra la cura di sé e la cura degli altri, che possono aiutare a gestire la quotidianità di vita professionale.¹⁶⁷

Tutte le riflessioni emerse nel corso dell'elaborato possono essere degli ottimi spunti per la Comunità Residenziale “V. Sarcinelli” e l'obiettivo è proprio quello di percorrere strade alternative per cercare di garantire la miglior qualità di vita per chi sta dentro, a vivere o lavorare, e chi sta fuori per promuovere le azioni collettive della cittadinanza e aprire di nuovo i confini della struttura.

Tale progetto di ricerca non rientra in una progettualità già esistente. L'idea è nata da un mio personale interesse che si è successivamente accresciuto grazie all'esperienza svolta presso la Comunità Residenziale “V. Sarcinelli” di Cervignano del Friuli. Sono stato incuriosito da come, una struttura così aperta alla collettività e che punta tutta la sua filosofia sulle relazioni ed il coinvolgimento delle persone anziane, abbia dovuto reagire e si sia dovuta riadattare ad un fenomeno travolgente e praticamente inaspettato.

Sul piano della ricerca si potrebbe in futuro focalizzare l'attenzione su un piano più quantitativo che qualitativo in modo da avere un'evidenza statistica dei dati, oltre alla parte qualitativa reperita attraverso i racconti dei soggetti intervistati. Purtroppo, a causa della normativa, del particolare periodo storico e del grande carico di lavoro dei professionisti della struttura non è stato possibile effettuarlo. In più, si potrebbe cercare di coinvolgere un maggior numero di operatori per poter ascoltare e analizzare le prospettive di ognuno.

In prospettiva futura, si potrebbe dare voce a coloro che invece si sono sempre trovati al di fuori della struttura, ovvero i familiari degli anziani e dei professionisti. Poter lasciare spazio di ascolto e di confronto a tutti coloro che “silenziosamente” sono stati impattati dalla pandemia potrebbe far

¹⁶⁷ Nigris D., *Legami di sangue: simboli, linguaggi, relazioni della dialisi*, Acireale, Bonanno Editore 2020, pp. 158 – 159

emergere nuovi punti di vista, idee ed eventualmente strategie che potrebbero implementare la ricerca fino a farla diventare un lavoro di analisi del fenomeno e delle sue conseguenze completo. Ci si riserva un orizzonte di tempo futuro per poter pensare a nuove strade da percorrere sull'argomento che possano testimoniare l'accaduto e indagare i diversi punti di vista con l'intento di creare delle strutture sempre più capaci di rispondere ai bisogni di cura, relazionale e, in alcuni casi, alle emergenze.

È stata un'esperienza che mi ha arricchito molto sia a livello operativo che umano. Ho compreso in modo crescente l'importanza della relazione umana tra operatori di uno stesso Servizio, tra operatori di servizi diversi e soprattutto tra operatori e utenti o familiari dell'utente.

Ho progressivamente consolidato l'idea che una buona collaborazione tra i servizi del territorio sia fondamentale poiché l'efficacia di un programma socioassistenziale e riabilitativo è significativamente influenzata da questo aspetto. È necessario che gli operatori, qualsiasi sia la loro professione o servizio, si attivino in prima persona, si assumano le proprie responsabilità e facciano leva su tutte le risorse di cui dispongono.

Vedendo lavorare i vari professionisti del servizio, ho capito che bisogna essere sempre pronti ad apprendere. Non basta solamente la formazione acquisita durante il percorso di laurea, in quanto il quadro normativo ed il contesto di riferimento sono in continua evoluzione.

Gli operatori che lavorano in una struttura residenziale devono essere persone abili nella lettura di situazioni e dinamiche relazionali, realmente capaci di promuovere l'empowerment con la pazienza e la dedizione indispensabili in ogni professionista. Ogni operatore deve essere adeguatamente formato e ascoltato in tutta la sua vita professionale per monitorare il suo equilibrio psicofisico e la sua motivazione e dedizione al lavoro che svolge, soprattutto in periodi di forte difficoltà come ad esempio durante un'emergenza. Il lavoro d'equipe ed il confronto continuo fra professionisti dentro e fuori la struttura sono due strumenti che possono essere implementati anche attraverso percorsi di supervisione professionale. La comunicazione tra operatori e tra servizi è molto importante ed è alla base della costruzione dei servizi e dei progetti in favore di quelle persone che ne necessitano e ne usufruiscono.

BIBLIOGRAFIA

- AGE Platform Europe (2020) *COVID-19: Older persons' rights must be equally protected during the pandemic.*
- Allegri E. (2016) *Il servizio sociale di comunità*, Roma, Carocci Editore
- Augello G. (2019) *Covid-19-Ranci Ortigosa: "Sanità pubblica essenziale. Reinvestire è priorità*, Welforum
- Auser (2016) *Le case di riposo in Italia*
- Bai Yamei (2004) *Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak*, Psychiatry Serv., pp. 1055-1057
- Banerjee Debanjan (2020) *Age and ageism in COVID-19': elderly mental health-care vulnerabilities and needs*, Asian J Psychiatry, pp.102 - 154
- Bellandi Tommaso (2017) *Carichi di lavoro e sicurezza degli operatori sanitari. Benessere di medici e infermieri, performance e conseguenze sulla sicurezza dei pazienti*, INAIL
- Berloto Simon (2020) *Italy and the COVID-19 long-term care situation*, International long-term care policy network
- Bernoux Philippe (2014) *Sociologie des organizations*, Contemporary French Fiction
- Bichi Rita (2007) *L'intervista biografica, una proposta metodologica*, Vita e Pensiero, Milano
- Boscardini Ivano (2013) *La comunicazione interna come generatore di conoscenza e alleanza tra organizzazione e individui*, in MaPS - Rivista di Management per le Professioni Sanitarie
- Bristow Nancy (2012) *American Pandemic: The Lost Worlds of the 1918 Influenza Epidemic*, Oxford and New York, Oxford University Press
- Brooks Samantha (2020) *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*, The Lancet, pp. 912-920
- Bruno Irene (2019) *Il benessere organizzativo in RSA*, Sant'Arcangelo di Romagna, Maggioli Editore
- Cabarkapa Sam (2020) *The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: A rapid systematic review*, Brain Behavior Immunity Health, pp. 100 -144
- Cacioppo James (2006) *Loneliness within a nomological net: an evolutionary perspective*, J Res Pers, pp. 1054-1085
- Cafiero Giacomo (2021) *Pazienti delle RSA, migliorare l'assistenza grazie al digitale*, Agenda Digitale
- Camera dei deputati, 2021

- Caracci G. (2020) *Implementazione di metodi e strumenti per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle RSA*, Roma, Agenas
- Carta dei servizi della Comunità Residenziale “Valentino Sarcinelli” della città di Cervignano del Friuli (UD)
- Carter Sam (2020) *Considerations for obesity, vitamin D, and physical activity amid the COVID-19 pandemic*, Obesity, pp. 1176-1177
- Cava Mark (2005) *The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto*, Public Health Nursing, pp. 398–406
- Cavanna Francesco (2007) *Management e governance nelle residenze sanitarie assistenziali*, Sant’Arcangelo di Romagna, Maggioli Editore
- Censi Alberto (2013) *Familiarizzare i servizi per anziani. Il quotidiano lavoro per aiutare a invecchiare vivendo*, Animazione Sociale, pp. 71-81
- Crozier M., Friedberg E. (1990) *Attore sociale e sistema*, Milano, Etas Libri
- Circolare Ministero della Salute n. 18584 del 29/05/2020.
<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=74178>
- Delibera n.670/15 Regione FVG (2015) *Regolamento di definizione dei requisiti, dei criteri e delle evidenze minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per la realizzazione e per l’esercizio di servizi semiresidenziali e residenziali per anziani*
http://mtom.regione.fvg.it/storage//2015_670/Allegato%201%20alla%20Delibera%20670-2015.pdf
- Delibera n.1446/21 Regione FVG (2021) *Modello organizzativo del Servizio sanitario regionale – Allegato 1*
<https://federsanita.anci.fvg.it/documenti/normative-e-provvedimenti-della-regione-fvg/documenti/allegato-1>
- Deliberazione del Consiglio Comunale n.7 del 03 marzo 2017
- Deliberazione della Giunta Regionale n.286 del 13 dicembre 2004
- D.M. 11/03/2020
- DM 81/08 *Testo unico di sicurezza sui luoghi di lavoro.*
- D.M. n.321/1989 *Le residenze sanitarie assistenziali sono strutture residenziali extra ospedaliere caratterizzate dalla integrazione funzionale ed organica dei servizi sanitari e di quelli sociosanitari.*
- DM. n. 735 del 1862
- DM. 739/94 *Profilo professionale dell’infermiere.*
- D.P.R. 14/1/1997

- D'Ambrosi Davide (2020) *L'impatto psicologico del Covid-19 sulla popolazione: analisi descrittiva delle problematiche psicologiche lockdown correlate - Progetto: Sostegno Psicologico #iorestoacasa*, JPS, pp. 1 –14
- D'Angella Franco (2002) *Per un lavoro sociale creativo*, Animazione Sociale
- Di Santo Sandro (2020) *The effects of COVID-19 and quarantine measures on the lifestyles and mental health of people over 60 at increased risk of dementia*, Front Psychiatry
- EU-OSHA – Osservatorio Europeo dei Rischi (2008)
- Fontes Walter (2020) *Impacts of the SARS-CoV-2 pandemic on the mental health of the elderly*, Front Psychiatry
- Futurage (2011) *A road map for European aging research*
- Gazzetta ufficiale dell'Unione europea C 303/17 - 14.12.2007
- Giacomozzi Carlo (2021) *Sorveglianza strutture residenziali sociosanitarie nell'emergenza Covid-19*
- Giangreco Alberto (2001) *La resistenza ai cambiamenti del management delle strutture complesse. Il caso ENEL*, Milano, Franco Angeli
- Goleman, Daniel (2002) *Primal Leadership: Unleashing the Power of Emotional Intelligence*.
- Gori Carl (2021) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7° rapporto 2020-2021*, Punto di non ritorno, Sant'Arcangelo di Romagna, Maggioli Editore
- Graham Jack (2020) *For Seniors, COVID-19 Sets Off A Pandemic of Despair*, KHN, Kaiser Family Foundation
- Greenfield Samuel (1998) *Flaws in mortality data. The hazards of ignoring comorbid disease*, JAMA
- Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni (2020) *Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARSCoV-2*, Roma, Istituto Superiore di Sanità
- Gutierrez Lucas (2011) *Risk management in area sociosanitaria. La costruzione di indicatori di rischio per una soluzione del problema degli errori*, in *Sanità Pubblica e Privata*
- Hamm Mark (2020) *Experiences of American older adults with pre-existing depression during the beginnings of the COVID-19 pandemic: a multicity, mixed-methods study*, Am J Geriatric Psychiatry, pp. 924-932
- Harris Robert (2019) *Epidemiology of chronic disease: global perspectives*, Second edition
- Henry James (2020) *Parkinsonism and Neurological Manifestations of Influenza Throughout the 20th and 21st Centuries*, Parkinsonism & Related Disorders, pp. 566-571

- Heriseanu Alexander (2017) *Grazing in adults with obesity and eating disorders: A systematic review of associated clinical features and meta-analysis of prevalence*, Clinical Psychology Review, pp. 16-32
- Hoffman Laurence (2017) *Encephalitis Lethargica: 100 Years After the Epidemic*, Brain
- Htay Max (2021) *How healthcare workers are coping with mental health challenges during COVID-19 pandemic? - A cross-sectional multi-countries study*, Clinic Epidemiology Global Health
- Hubbard David (2020) *The failure of risk management: Why it's broken and how to fix it*, John Wiley & Sons
- Hussein (2020) *The impact of covid 19 on social care workers*, <https://www.pssru.ac.uk/blog/the-impact-of-covid-19-on-social-care-workersworkload/>
- Ipsos (2021) *RSA oltre l'emergenza, la strada per l'innovazione*
- Istituto Superiore di Sanità (2012) *L'invecchiamento della popolazione: opportunità o sfida?* <https://www.epicentro.iss.it/ben/2012/aprile/2>
- Istituto Superiore di Sanità (2020) *Covid 19: gestione dello stress tra gli operatori sanitari*
- Jeong Hang (2016) *Mental health status of people isolated due to Middle East respiratory syndrome*. Epidemiol Health, pp. 38 – 48
- Khan Sam (2020) *Impact of coronavirus outbreak on psychological health*, J Global Health
- Kim-Cohen James (2003) *Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow back of a prospective-longitudinal cohort*, Arch Gen Psychiatry, pp.709–717
- Lai Jack (2020) *Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019*, JAMA
- Lancee Wanda (2008) *The co-authors of the Impact of SARS Study. The prevalence of mental disorders in Toronto hospital workers one to two years after SARS*, Psychiatry Serv, pp. 91–95
- Lattanzio Francesca (2010) *Health care for older people in Italy: the ULISSE Project (un link informatico sui servizi sanitari esistenti per l'anziano - A computerized network on health care services for older people)*, J Nutr Health Aging
- Lee Amber (2006) *Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak*, Can J Psychiatry, pp. 233-240
- Lee Mark (2009) *Effectiveness and core components of infection prevention and control programmes in long-term care facilities: a systematic review*, Journal of Hospital Infection, pp. 377-393

- Leserman Jane (1997) *Severe stress, depressive symptoms, and changes in lymphocyte subsets in human immunodeficiency virus-infected men*, Arch Gen Psychiatry
- Librero Juan (1999) *Chronic comorbidity and outcomes of hospital care: length of stay, mortality and readmission at 30 and 365 days*, J Clin Epidemiol
- Liu Sale (2020) *Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak*, Lancet Psychiatry
- Lloyd Albert (1996) *HIV infection and AIDS*, P N G Med J.
- Lopez Adrian (2006) *Global burden of disease and risk factors*. Washington (DC), World Bank
- Maciocco G. (2020) *Cure primarie e medicina di famiglia. Il vecchio e il nuovo*, Welforum
- Majer Victor (2003) *Il clima organizzativo. Modelli teorici e ricerche empiriche*, Roma, Carocci Editore
- Mak Isabel (2009) *Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors*, General Hospital Psychiatry
- Mamelund Samuel (2003) *Effects of the Spanish Influenza Pandemic of 1918-19 on Later Life Mortality of Norwegian Cohorts Born About 1900*, Working Paper
- Mamelund Samuel (2010) *The Impact of Influenza on Mental Health in Norway, 1872-1929*, Workshop
- Masera Francesca (2011) *Gli standard di qualità e di personale nelle residenze*, in *NNA (a cura di) "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 3° rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore
- Maunder Richard (2003) *The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital*, CMAJ
- Mazzucco Carlo (2012) *Promuovere l'età anziana*, Brescia, Pensa Multimedia
- McKillip, 1998
- McMenemy, R. (2020) *Coronavirus and eating disorders: "I feel selfish buying food"*, BBC News
- Médecins Sans Frontières (2020) *Les laissés pour compte de la réponse au Covid-19, Partage d'expérience sur l'intervention de Médecins Sans Frontières dans les maisons de repos de Belgique*
- Meng Huan (2020) *Analyze the psychological impact of COVID-19 among the elderly population in China and make corresponding suggestions*, Psychiatry Research
- Mengheri Massimo (2020) *Formare alla relazione di aiuto. Il counseling ad approccio integrato*

- Ministero della salute (2014), *Risk management in sanità. Il problema degli errori*, Roma
- Ministero della Salute del 3/4/2020 *Pandemia di COVID-19 – Aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità. Aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio.*
- Ministero della Salute, 2020-2021
- Ministero della Salute (2022) *Test diagnostici, contact tracing, isolamento e autosorveglianza* <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioFaqNuovoCoronavirus>
- Modena S. (2020), op. cit. 18. *Organizzazione e controllo nelle RSA: Residenze Sanitarie Assistenziali*, Milano, Franco Angeli Editore
- Morgan David (2020) *Excess mortality: Measuring the direct and indirect impact of COVID19*, OECD Health Working Papers, No. 122
- Mortari Luigina (2019) *Aver cura di sé*, Varese, Raffaello Cortina Editore
- Nenci Amber (2003) *Profili di ricerca e intervento psicologico-sociale nella gestione ambientale*, Milano, Franco Angeli
- Neria Yori (2008) *Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review*, Psychol Med
- Nigris Daniele (2020) *Legami di sangue. Simboli, linguaggi, relazioni della dialisi*, Acireale, Bonanno Editore
- Novelli Massimo (2020) *Anziani e pandemia: lo strappo nel cielo di carta*, Welforum
- OECD (2020) *Flattening the COVID-19 peak: Containment and mitigation policies*, OECD Publishing
- Padala Sandro (2019) *Facetime to reduce behavioral problems in a nursing home resident with Alzheimer's dementia during COVID-19*, Psychiatry Research, Vol. 288.
- Pearl Richard (2020) *Weight stigma and the "Quarantine-15*, Obesity, pp. 1180-1181
- Pedrinelli Laura (2016) *Le ripercussioni emotive del caregiver familiare quando istituzionalizza l'anziano*
- Pesaresi F. (2002) *L'evoluzione normativa nazionale e la classificazione delle regioni*, in Trabucchi M., Brizioli E., Pesaresi F. (a cura di) "Residenze sanitarie per anziani", Bologna, Il Mulino
<https://francopesaresi.blogspot.com/2012/04/levoluzione-normativa-nazionale-delle.html>
- Pesaresi F. (2016) op. cit. 13. *I luoghi della cura*, Sant'Arcangelo di Romagna, Maggioli Editore
- Phillips Harry (2014) *The Recent Wave of 'Spanish' Flu Historiography*, Social History of Medicine

- Ploton Lauren (2003) *(La persona anziana)*, Milano, Raffaello Cortina
- Price Simon (2020) *Nearly Half of Americans Are Struggling with Loneliness Amid Social Distancing, and Many Don't Know Where to Find Help*, ValuePenguin
- Raguram Ramon (1996) *Stigma, depression, and somatization in south India*, Am J Psychiatry
- Regione Autonoma Friuli – Venezia Giulia (2020)
<https://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVG/salute-sociale/COVID19/FOGLIA3/>
<https://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVG/salute-sociale/sistema-sociale-sanitario/FOGLIA28/>
- Regolamento per il funzionamento e l'accogliimento degli ospiti della casa di riposo “V. Sarcinelli” di Cervignano del Friuli
- Rios Paul (2020) *Preventing the transmission of COVID-19 and other coronaviruses in older adults aged 60 years and above living in long-term care: a rapid review*, Systematic Reviews, Vol. 9
- Rossi Rocco (2020), *Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy*, JAMA
- Rostgaard Thomas (2019), *COVID-19 long-term care situation in Denmark*, International long term care policy network
- Rotondi Mario (2019), *La gestione delle risorse umane in sanità. Strategie di intervento per le Aziende sanitarie*, Milano, Franco Angeli
- Sarti Damiano (2019), *Le determinanti del comportamento organizzativo fra gli operatori sanitari. Evidenze da alcune Rsa toscane*, Mecosan
- Scholl Ines (2014), *An integrative model of patient-centeredness—a systematic review and concept analysis*, Plos One
- Schulberg Harry (1997), *The usual care of major depression in primary care practice*, Arch Fam Med
- Scortegagna Roberto (2005), *Invecchiare*, Bologna, Il Mulino
- Sebastiano Alberto (2012), *La valutazione del personale in R.S.A.: l'esperienza della Fondazione Centro di Accoglienza per Anziani di Lonate Pozzolo*, in Madera M.R. e Zaro A. (a cura di), *L'Anziano al Centro*, Varese, Macchionne Editore
- Senat Santé (2021), *publique pour un nouveau départ - Leçons de l'épidémie de Covid-19*
- Simonazzi Andrea (2009), *Care regimes and national employment models*, Cambridge, Cambridge journal of economics
- Steptoe Amber (2013), *Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women*, Proc Natl Acad Sci U S A

- Taubenberger Jack (2006), *The Origin and Virulence of the 1918 'Spanish' Influenza Virus*, Proceedings of the American Philosophical Society
- The State Council of China (2020), *A notification to set up nationwide psychological assistance hotlines against the 2019-nCoV outbreak*
- United Nations (2019) *World population ageing 1950-2050*
- V. Albanesi, op. cit. 39
- Verbeek Henry (2019), *Allowing Visitors Back in the Nursing Home During the COVID-19 Crisis: A Dutch National Study Into First Experiences and Impact on Well-Being*, Journal of the American Medical Directors Association, Vol. 21
- Vicarelli G. (2020) *Libro Bianco. Il servizio sanitario nazionale e la pandemia da Covid 19 Problemi e proposte*, Franco Angeli Editore
- Wang Chin (2020), *Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China*, International Journal of Environmental Research and Public Health
- WHO (2020), *Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19*
- Wong Thai (2005), *The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope*, Eur J Emerg Med
- World Health Organization (2021), *Ageing and health*
- Xiang Yon (2020), *Timely mental health care for the 2019 novel Coronavirus outbreak is urgently needed*, Lancet Psychiatry
- Zhai Yusen (2020), *Loss and grief amidst COVID-19: a path to adaptation and resilience*, Brain Behavior Immunity Health