# IL SERVIZIO SOCIALE NELL'EMERGENZA COVID-19

a cura di
Mara Sanfelici, Luigi Gui,
Silvana Mordeglia

Fondazione
Nazionale
Assistenti Sociali

FrancoAngeli
OPEN ACCESS

Fondazione
Nazionale
Assistenti Sociali

## Condivisione del sapere nel servizio sociale

collana della Fondazione Nazionale Assistenti Sociali/FNAS

La collana si propone come luogo di pubblicazione del sapere emergente in servizio sociale: uno spazio, quindi, nel quale rendere pubblico, condivisibile e oggetto di confronto il patrimonio ricco e rinnovato di conoscenze, scoperte e pratiche degli assistenti sociali (*Social Workers* nella dizione internazionale) progettato e curato dalla Fondazione Nazionale degli Assistenti Sociali, anch'essa strumento e opportunità a servizio della comunità professionale.

La letteratura di servizio sociale, in tutte le sue declinazioni (storica, etica, giuridica, antropologica, sociologica, politica, economica e organizzativa) è vieppiù cresciuta anche in Italia nel corso degli ultimi decenni, prevalentemente per la spinta propulsiva di docenti e studiosi, interni ed esterni alla disciplina professionale, orientati a trasmettere conoscenza e competenza nelle aule dell'università. Sono meno evidenti, invece, seppure presenti, le pubblicazioni sulle pratiche e sulle tematiche affrontate quotidianamente negli interventi sociali e nelle nuove frontiere in cui operano i *professionals* di servizio sociale.

La Fondazione, dunque, cura e promuove questa collana per valorizzare le ricerche, le proposte culturali e le pratiche progettuali che animano e concretizzano la disciplina di servizio sociale, per sostenere i professionisti nello sviluppo di nuove competenze, per portare ad evidenza le notevoli potenzialità di produzione disciplinare già presenti e provocare criticamente ulteriori capacità.

I volumi pubblicati sono sottoposti a valutazione anonima di almeno due *referees* esperti.

Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112334

Fondazione
Nazionale
Assistenti Sociali

La *Fondazione Nazionale degli Assistenti Sociali*, istituita nel 2015 dal Consiglio Nazionale dell'Ordine, ha l'obiettivo di valorizzare la professione di assistente sociale, promuove studi e ricerche scientifiche direttamente e attraverso collaborazioni esterne, svolge indagini e rilevazioni al fine di acquisire e diffondere conoscenze inerenti alla professione e ai settori d'interesse del servizio sociale (metodologia e deontologia professionale, politiche sociali, organizzazione dei servizi, innovazione), organizza attività finalizzate all'aggiornamento tecnico-scientifico e culturale degli assistenti sociali, anche avvalendosi di convenzioni con Università ed enti pubblici e privati, partecipa a bandi di progettazione e gare internazionali, europei e locali. Promuove, inoltre, iniziative editoriali e attività tese a consolidare la connessione tra la professione e il sistema culturale nazionale e internazionale.

**Collana coordinata da**

Silvana Mordeglia, Presidente FNAS

**Comitato editoriale**

Luigi Gui, Silvana Mordeglia, Francesco Poli, Mara Sanfelici, Miriam Totis

**Comitato scientifico**

Elena Allegri (*Università del Piemonte Orientale*), Teresa Bertotti (*Università di Trento*), Fabio Berti (*Università di Siena*), Marco Burgalassi (*Università di Roma3*), Annamaria Campanini (*Università di Milano Bicocca*), Maria Teresa Consoli (*Università di Catania*), Marilena Dellavalle (*Università di Torino*), Roberta Di Rosa (*Università di Palermo*), Silvia Fargion (*Università di Trento*), Fabio Folgheraiter (*Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano*), Günter Friesenhahn (*Hochschule Koblenz*), Gianmario Gazzi (*CNOAS*), Luigi Gui (*Università di Trieste*), Francesco Lazzari (*Università di Trieste*), Kinue Komura (*Bukkyo University, Kyoto*), Walter Lorenz (*Univerzita Karlova, Praha*), Alberto Merler (*Università di Sassari*), Silvana Mordeglia (*Università di Genova*), Carla Moretti (*Università Politecnica delle Marche*), Urban Nothdurfter (Free University of Bozen-Bolzano), Clarisa Ramos Feijóo (*Universitat d'Alacant*), Anna Maria Rizzo (*Università del Salento*), Ana Sánchez Migallón Ramírez (*Universidad de Murcia*), Mara Sanfelici (Università di Trieste), Alessandro Sicora (*Università di Trento*).

Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112334

# IL SERVIZIO SOCIALE NELL'EMERGENZA COVID-19

a cura di
Mara Sanfelici, Luigi Gui,
Silvana Mordeglia

Fondazione Nazionale Assistenti Sociali

FrancoAngeli
OPEN ACCESS

Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112334

*Progetto grafico di copertina*: Alessandro Petrini

Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Pubblicato con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito*
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it

Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112334

# Indice

**Introduzione**, di *Silvana Mordeglia* pag. 9
1. Le linee del fronte » 9
2. La ricerca: un contributo all'approfondimento su servizio sociale e COVID-19 » 10
3. Una comunità di pratiche » 11
4. In conclusione » 12
5. *Last but not least* » 13

**1. Una comunità professionale e l'emergenza**, di *Gianmario Gazzi* » 15
Premessa » 15
1. Aspettare la fine della tempesta? 16
2. Le priorità per le persone (e per i professionisti) 21

**2. La vulnerabilità "normale" e il servizio sociale**, di *Mara Sanfelici* » 24
1. Il concetto di vulnerabilità nella letteratura sulle emergenze collettive » 24
2. La costruzione della vulnerabilità sociale nella società contemporanea e la crisi del welfare » 26
3. La vulnerabilità nella pandemia COVID-19 » 28
4. Lo svelamento della vulnerabilità come condizione umana » 31
5. Vulnerabilità in tempi ordinari e straordinari: il (possibile) posto del servizio sociale nel welfare » 34
Riferimenti bibliografici » 38

**3. Spiazzamento e apprendimento dall'esperienza in tempo di COVID**, di *Luigi Gui* » 40
Premessa » 40



Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112334

1. Spiazzamento nei servizi pag. 42
2. Incertezza negli interventi » 46
3. Apprendimento nell'innovazione » 50
Riferimenti bibliografici » 53

**4. Il servizio sociale nella crisi COVID-19: un progetto di ricerca**, di *Mara Sanfelici* » 56
1. Le ragioni della ricerca » 56
2. Gli assunti della ricerca » 59
3. Gli obiettivi, le fasi e il metodo della ricerca » 62
4. Le caratteristiche dei rispondenti e le condizioni di lavoro in diversi ambiti di intervento » 66
Riferimenti bibliografici » 69

**5. Famiglie e minori alla prova del COVID-19**, di *Cristina Tilli* » 71
Introduzione » 71
1. Il quadro precedente alla pandemia » 71
2. Famiglie e minori nel mezzo della pandemia » 75
3. Istituzioni e assistenti sociali in cerca di risposte » 81
4. Uno sguardo al futuro » 91
Riferimenti bibliografici » 93

**6. Servizi sociali e persone immigrate**, di *Daniela Simone* » 96
1. Il contesto di riferimento » 96
2. I servizi e la professione » 100
3. I provvedimenti governativi » 103
4. I bisogni emersi e le risposte del sistema dei servizi » 104
5. I minori stranieri non accompagnati » 111
6. Prospettive future » 111
Riferimenti bibliografici » 114

**7. Servizi sociali e salute mentale**, di *Maria Patrizia Favali* e *Barbara Rosina* » 116
1. Il contesto di riferimento » 116
2. I bisogni emersi e la risposta degli assistenti sociali e dei servizi » 119
3. Prospettive future » 127
Riferimenti bibliografici » 132



Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112334

**8. Servizi per l'implementazione delle misure di contrasto alla povertà**, di *Alessandra Cerro, Loredana Ferrante, Nadia Laganà, Cinzia Ripa* pag. 135
1. L'emergenza sanitaria e la risposta istituzionale » 135
2. Le politiche sociali in materia di contrasto alla povertà » 139
3. I bisogni sociali tra necessità nuove e pregresse » 144
4. La messa in campo di buone pratiche » 150
5. Riflessioni conclusive » 156
Riferimenti bibliografici » 158

**9. La gestione dell'emergenza nei servizi per le persone anziane**, di *Mara Sanfelici* » 161
Introduzione » 161
1. Risorse e criticità del sistema di welfare per gli anziani » 162
2. "*Preparedness*" e risposta all'emergenza » 165
3. L'impatto della pandemia sulle persone anziane, le famiglie e i servizi » 167
4. Cosa ha aiutato nell'emergenza sanitaria » 170
5. Possiamo fare meglio » 175
Riferimenti bibliografici » 177

**10. Dialoghi digitali. La comunità professionale si confronta sulle esperienze in tempo di COVID**, di *Elena Allegri* e *Roberta Teresa Di Rosa* » 179
1. L'impatto della pandemia sul servizio sociale » 179
2. I *webinar*. Confronto in prima linea: mettersi insieme all'ascolto dell'esperienza » 182
3. Temi, questioni, problemi » 185
4. Formazione delle nuove generazioni » 190
5. Per non concludere » 191
Riferimenti bibliografici » 192

**Gli autori** » 195



Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112334

# 10. La gestione dell'emergenza nei servizi per le persone anziane

*di* Mara Sanfelici

## Introduzione

Questo capitolo discute i risultati dell'indagine promossa e condotta dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali (Cnoas) e dalla Fondazione Nazionale Assistenti Sociali (Fnas) relativi all'impatto della crisi COVID-19 nei servizi per gli anziani e le risposte messe in campo.

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

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

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

Il documento sottolinea inoltre come gli anziani siano soggetti potenzialmente più vulnerabili, ma anche attivamente coinvolti nella risposta alla crisi. Molti sono impegnati nelle associazioni, in attività politica o lavorativa, o come caregiver nella cura di bambini e persone non autosufficienti.



Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112334

È già stato evidenziato (*cfr.* capitolo 4) come la letteratura sulla gestione delle emergenze individui nella prevenzione e nella preparazione, azioni fondamentali in tempi ordinari, al fine di mitigare l'impatto di eventi potenzialmente dannosi e contenere l'emergenza.

I numeri sui contagi e i decessi delle persone anziane non descrivono un fatto inevitabile, qualcosa che possiamo spiegare limitandoci a considerare la condizione di maggior fragilità sanitaria di questa fascia della popolazione. La perdita di migliaia di vite umane merita un'analisi più complessa, da più prospettive, incluse quelle delle stesse persone anziane, dei loro familiari, dei professionisti in prima linea, a loro volta esposti al rischio, affinché quel che è successo non accada nuovamente, per l'umana tendenza a rimuovere i traumi personali o collettivi e al *wishful thinking* ( di cui l'*hashtag* "andratuttobene", diventato virale sui social media, offre evidenza).

Per analizzare il livello di *preparedness* e la risposta dei servizi all'emergenza sanitaria occorre innanzitutto considerare che le persone, i professionisti della cura, le strutture ospedaliere e territoriali interagiscono in un contesto più ampio, in cui fanno la differenza i modelli di welfare, gli assetti istituzionali e organizzativi in cui di fatto si traducono, gli assunti culturali che nella nostra società orientano il ruolo attribuito alle persone anziane, ai servizi loro dedicati e alla cura.

La prima parte di questo contributo analizza le caratteristiche del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari per le persone anziane, con l'obiettivo di mettere in luce fattori che possono aver contributo o ostacolato il fronteggiamento della crisi. La seconda parte si focalizza sull'impatto della pandemia sulle persone e i servizi, discutendo le evidenze emerse nel contesto della ricerca oggetto di questo volume e di altre indagini italiane. L'ultima sezione presenta i dati emersi dalla survey sulle azioni messe in campo dagli assistenti sociali. Lo scopo è quello di offrire una sintesi di cosa ha funzionato nel corso di questa emergenza, quali errori è possibile evitare di commettere in futuro, qual è la direzione di cambiamento che la riflessione e l'analisi delle conseguenze della crisi COVID-19 ci suggerisce.

## 1. Risorse e criticità del sistema di welfare per gli anziani

Giarelli e Vicarelli (2020) hanno offerto una prima analisi della risposta del sistema sanitario italiano all'emergenza COVID-19. L'Italia sembra aver presentato una strategia di azione contro l'infezione piuttosto netta che, superata la crisi iniziale legata alla indisponibilità di dispositivi di protezione (DPI) e test per il tracciamento, sembra aver dato buoni risultati in termini globali. Si è tuttavia evidenziata una elevata variabilità nei diversi territori



Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112334

del Paese (Giarelli e Vicarelli, 2020), in relazione a un modello di governance che lascia ampio spazio ai sistemi sanitari regionali. Marcate differenze riguardano il rapporto pubblico/privato nell'organizzazione dei servizi sanitari, la solidità della rete dei presidi socio-sanitari territoriali, gli interventi per l'acquisizione dei DPI e i sistemi di tracciamento dell'infezione (Giarelli e Vicarelli, 2020).

È chiara, secondo gli autori, la necessità di superare un dibattito centrato sul tema del contenimento dei costi e dei relativi tagli all'assistenza, e di introdurre con più forza quello della valutazione dell'efficacia del sistema sanitario, e della sua capacità di operare in integrazione con gli altri settori del welfare.

L'impatto della pandemia sembra aver reso più evidente l'importanza di servizi domiciliari, sanitari e socio-assistenziali, e di un approccio di comunità alla salute. Già nel mese di marzo 2020, è un team di medici sul fronte dell'emergenza in un ospedale di Bergamo a evidenziare come la gestione di un'epidemia richieda un cambiamento di prospettiva verso un concetto di cura *community-centred* (Nacoti *et al.*, 2020). Il disastro avrebbe potuto essere evitato o contenuto, non solo attraverso l'intervento delle strutture ospedaliere e la presenza di dispositivi necessari, ma con un massiccio dispiegamento di servizi di *outreach* nei territori.

È tuttavia altrettanto nota la debolezza dei servizi sociali e socio-assistenziali nel nostro Paese. Rispetto al welfare per gli anziani, le statistiche comparate sulla spesa in politiche di *long term care* (LTC) in Italia evidenziano un dato in linea con la media europea (European Commission, 2018). Tuttavia, ciò che distingue il caso italiano è una forte distorsione allocativa, con una quota rilevante di risorse pubbliche destinata a trasferimenti monetari e uno scarso investimento sui servizi di cura (Arlotti *et al.*, 2020), la cui gestione è in capo alle Regioni e ai Comuni, entro coordinate definite parzialmente dallo Stato.

La normativa nazionale sui livelli essenziali di assistenza (LEA) individua i diritti esigibili per le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, pur con differenze rilevanti sul grado di garanzia dei LEA nei diversi territori regionali (Giarelli e Vicarelli, 2020). I costi per i servizi socio-sanitari non coperti dalla sanità pubblica e la gestione di servizi socioassistenziali sono invece attribuiti ai comuni. Non sono tuttavia stati definiti in modo preciso i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LIVEAS) introdotti dalla Legge 328 del 2000 e gli interventi sociali risultano di fatto regolati a livello regionale, con un finanziamento nazionale limitato e notevoli disuguaglianze tra le aree del paese (Arlotti *et al.*, 2020). Il posizionamento dei servizi soci-assistenziali di LTC risulta dunque fortemente residuale, e i compiti di cura sono attributi prevalentemente alle famiglie, contribuendo a forme di disuguaglianze sulla base del reddito e dell'appartenenza di genere (Saraceno, 2010).



Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112334

La gestione dei servizi per l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è attribuita alle Aziende Sanitarie Locali, e offre prestazioni di natura infermieristico-medica; si tratta di un servizio necessario, ma ancora costruito come risposta a specifici bisogni sanitari, più che fondato su un approccio di *care* (Tidoli, 2017).

Il servizio di assistenza domiciliare sociale dei Comuni (SAD) ha costituito per lungo tempo il cardine dell'assistenza domiciliare di anziani fragili sul territorio, orientato da una "cultura della domiciliarità" volta a garantire la permanenza nel proprio ambiente di vita e a prevenire l'istituzionalizzazione. A partire dagli Anni Duemila, questo tipo di servizio sembra tuttavia essere diventato sempre più marginale. Anche se con notevoli differenze tra i territori, le minime percentuali di persone anziane che utilizzano il servizio, irrilevanti in rapporto al crescente numero delle persone non autosufficienti, mostrano la difficoltà sempre maggiore dell'assistenza domiciliare a rispondere ai bisogni delle famiglie (Tidoli, 2017).

I problemi non sono legati esclusivamente allo scarso investimento nella spesa sociale destinata ai Comuni, ma anche alle caratteristiche del servizio, non più adeguato al continuo incremento del numero di persone affette da patologie croniche, che richiedono cure continuative, e al parallelo cambiamento delle strutture delle reti primarie. Sempre più numerose sono le persone senza rete familiare, con coniugi anziani, e meno scontata la disponibilità delle cure prestate dai familiari (prevalentemente dalle donne), più assorbiti da impegni di vita e di lavoro. In assenza di caregiver presenti a tempo pieno al domicilio delle persone anziane, interventi standardizzati e prestazionali, erogati prevalentemente nelle ore diurne e per archi temporali limitati, non rispondono alle esigenze delle famiglie chiamate ad organizzare assistenza continuativa.

Alla debolezza degli interventi del servizio pubblico, molte famiglie hanno risposto grazie alla disponibilità di lavoratori domestici, molti dei quali provenienti da Paesi dell'Est Europa o non-EU, un fenomeno che ha portato a parlare di un modello di welfare "*migrant-in-the-family*" (Bettio *et al.*, 2006) o "*migrant-based care model*" (Da Roit *et al.*, 2013). Si tratta di un mercato non di rado gestito attraverso reti informali e scarsamente regolato dal servizio pubblico.

Si osservano inoltre disuguaglianze nell'accesso ai servizi di LTC. Una recente analisi (Arlotti *et al.*, 2020) evidenzia come l'assistenza per una quota di popolazione anziana, con scarsi mezzi economici e collocata in proporzioni maggiori nel Sud del Paese, sia affidata prevalentemente alle reti familiari, poco supportate da servizi pubblici e più sostenute da trasferimenti monetari. Diversamente, una classe benestante accede più di frequente al mercato privato, disponendo delle risorse finanziarie necessarie. A questi due gruppi si aggiunge una quota di anziani di ceto medio, con reti familiari rela-



Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112334

tivamente meno ampie, che non accedono ai servizi pubblici e si affidano al mercato delle assistenti familiari, grazie al supporto complementare, ma decisivo, offerto dai trasferimenti monetari.

In generale il SAD erogato dai Comuni è sempre più utilizzato come un servizio residuale per gli anziani soli e le famiglie con redditi bassi (Tidoli, 2017). Tuttavia, nonostante il ricorso ai servizi pubblici risulti comparativamente più elevato in questa fascia, la copertura di questi servizi è particolarmente ridotta, e l'onere della cura attribuito prevalentemente a reti familiari (Arlotti *et al.*, 2020).

Anche l'offerta di strutture residenziali è fortemente disomogenea nel territorio: la disponibilità di posti letto residenziali nel Nord è maggiore di almeno tre volte rispetto a quella delle regioni del Sud, e doppia rispetto a quella delle regioni centrali. Il tasso di copertura che misura la quota di anziani over 65 anni ricoverati in queste strutture in Italia è circa la metà rispetto a Spagna e Germania, e quasi un quarto rispetto a Svezia e Olanda (Arlotti e Ranci, 2020). Si tratta di residenze abitate in prevalenza da persone molto anziane, con elevata fragilità sanitaria e una forte compromissione dell'autonomia. Nonostante il progressivo aggravamento della complessità dei bisogni delle persone ospiti di strutture residenziali, le regioni non hanno provveduto ad aumentare gli importi di remunerazione delle quote sanitarie, con conseguenti maggiori costi per le famiglie che partecipano alla spesa, e problemi di sostenibilità finanziaria per gli enti gestori (Arlotti e Ranci, *op.cit.*). Una tendenza complementare è stata la riduzione del personale e del minutaggio assistenziale, oltre ai tagli alla manutenzione delle strutture, più evidente in alcune regioni (Arlotti e Ranci, *op.cit.*).

L'analisi del Network Non-Autosufficienza (NNA) sui servizi di LTC fornisce il quadro di un Paese diviso in sei modelli assistenziali differenti, fonte di disuguaglianze sul territorio nazionale (NNA, 2017).

Considerata l'eterogeneità del sistema è complesso stabilire quanto le caratteristiche e le tendenze descritte abbiano contribuito a determinare un esito negativo in termini di contagi e persone anziane decedute. Ciò che è evidente è che lo scarso investimento politico e finanziario nelle strutture residenziali e il ruolo marginale attribuito ai servizi sociali e socio-sanitari domiciliari ha posto le basi per un sistema di servizi fragile e poco preparato ad affrontare una situazione di emergenza sanitaria.

## 2. "*Preparedness*" e risposta all'emergenza

È disponibile un'ampia letteratura che analizza, oltre alla dimensione epidemiologica, l'efficacia delle iniziative di salute pubblica per mitigare l'im-



Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112334

patto di epidemie e pandemie, che nelle ultime due decadi hanno colpito di frequente la popolazione mondiale. Gli studi si sono inoltre dedicati alla valutazione dei piani nazionali di risposta alle emergenze sanitarie, e ai loro possibili effetti sul piano sociale e economico (Terraneo, 2020). In relazione ai framework internazionali per la gestione delle emergenze (OMS, 2019; UNISDR, 2015), uno degli aspetti centrali dei piani di fronteggiamento delle pandemie dovrebbe essere il riconoscimento dei rischi e delle vulnerabilità e le indicazioni per mitigarne gli effetti. Un'analisi condotta da Uscher-Pines *et al.* (2007) su 37 piani di preparazione alla pandemia mostra tuttavia come nessuno di essi identifichi sistematicamente i gruppi a maggior rischio, economicamente o socialmente in condizioni di maggior svantaggio o vulnerabilità.

Il piano pandemico italiano, pur non aggiornato, nonostante le sollecitazioni dell'OMS (Terraneo, 2020), indica una serie di misure di salute pubblica su cui investire nella fase di preparazione. Tuttavia, molte risorse necessarie non erano in campo all'inizio della pandemia.

Una prima grave criticità si è evidenziata rispetto all'approvvigionamento dei materiali e dei dispositivi di protezione, negli ospedali, nelle strutture e in generale per la popolazione.

Arlotti e Ranci (2020) offrono una descrizione dettagliata degli interventi per la gestione dell'emergenza COVID-19 nelle strutture residenziali per gli anziani, settore in cui è ampiamente nota la presenza di una popolazione particolarmente vulnerabile. L'analisi evidenzia come, in una prima fase, la gestione del rischio si sia concentrata quasi esclusivamente sui servizi ospedalieri, con un forte ritardo sia nel prevenire l'ingresso del virus nelle strutture, sia nel far fronte alle sue conseguenze.

Il 21 febbraio, in seguito all'accertamento dei primi casi, sono state interrotte le visite di persone esterne negli ospedali e introdotte misure per l'isolamento delle persone affette dal virus. Per le strutture di ricovero le prime indicazioni sono state fornite a livello generale solo agli inizi di marzo e in modo non uniforme sul territorio. Il 23 febbraio sono state firmate intese del Ministero della Salute con le Regioni Veneto ed Emilia-Romagna, prevedendo limiti all'accesso dei visitatori agli ospiti. Solo il 4 marzo la limitazione è stata estesa all'intero territorio nazionale, seppure con la previsione di deroghe specifiche da parte delle direzioni sanitarie, mentre il tema del monitoraggio e del rafforzamento dei setting assistenziali è stato introdotto solo un mese dopo l'accertamento dei primi casi. La circolare del 25 marzo indica come indispensabile il potenziamento del personale in servizio nelle strutture, il tracciamento dei casi e la disponibilità di DPI. Il 18 aprile viene emanata una circolare ad hoc, contenente indicazioni per la prevenzione ed il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali e socio-



Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112334

sanitarie, elaborate dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS). La circolare riconosce la necessità di attenzione prioritaria verso gli anziani ricoverati nelle strutture residenziali e indica una serie di misure di carattere organizzativo: la limitazione degli accessi esterni, la predisposizione di spazi di isolamento, l'individuazione precoce di casi sospetti di infezione sia tra gli anziani che fra gli operatori. "Si tratta di un vero e proprio piano generale, che tuttavia arriva quando ormai la strage si è compiuta" (Arlotti e Ranci, *op.cit.*).

Rispetto ai servizi sociali domiciliari, la Circolare 1/2020 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 27 marzo indica che

> nell'attuale situazione di emergenza è fondamentale che il Sistema dei Servizi Sociali continui a garantire, ed anzi rafforzi, i servizi che possono contribuire alla migliore applicazione delle direttive del Governo e a mantenere la massima coesione sociale di fronte alla sfida dell'emergenza. È un ruolo che il Sistema dei Servizi Sociali deve svolgere nei confronti di ogni membro della collettività, con particolari attenzioni verso coloro che si trovano, o si vengono a trovare a causa dell'emergenza, in condizione di fragilità, anche in relazione alla necessità di garanzia dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali di cui all'articolo 22 della legge n. 328/2000.

La circolare richiama l'articolo 48 del Decreto Legislativo 18 del 17 marzo 2020 che indica alle pubbliche amministrazioni, durante la sospensione delle attività nei centri diurni per anziani, di fornire prestazioni individuali domiciliari o a distanza, secondo priorità individuate dall'amministrazione competente, tramite coprogettazioni con gli enti gestori, impiegando i medesimi operatori e i fondi ordinari destinati a tale finalità, e adottando misure necessarie per assicurare la tutela della salute di operatori ed utenti.

Si tratta di una circolare che indica un orientamento generale, e demanda alle realtà territoriali la necessità di identificare strumenti, modalità organizzative e priorità, lasciando di fatto ampia discrezionalità, considerata la mancata identificazione dei LIVEAS.

## 3. L'impatto della pandemia sulle persone anziane, le famiglie e i servizi

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS, 2020) riporta che al 7 settembre 2020, sui 35.563 pazienti deceduti e positivi all'infezione da SARS-CoV-2, l'età media è di 80 anni. I dati confermano come siano più esposte al rischio persone con patologie preesistenti, la cui insorgenza è più frequente nelle persone in età anziana. L'impatto più drammatico si è verificato nei contesti residenziali, tanto da portare a parlare di "strage" (Arlotti e Ranci, *op.cit.*) nelle strutture socio-sanitarie.



Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112334

In collaborazione con il Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale, l'ISS ha avviato un'indagine sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie (RSA). Complessivamente hanno risposto al questionario 1356 strutture, pari al 41,3% di quelle contattate, che hanno riportato dati riferiti al periodo dal 1 febbraio al 30 aprile 2020. Su un totale di 9154 decessi registrati nel periodo dell'indagine, 680 persone erano risultate positive ai test e 3092 avevano presentato sintomi simil-influenzali. Il 7,4% del totale dei decessi ha interessato ospiti positivi al virus SARS-CoV-2 e il 33,8% ha interessato residenti con manifestazioni simil-influenzali, a cui tuttavia non è stato effettuato il tampone. Secondo i dati dell'ISS il tasso di mortalità a livello nazionale nelle strutture analizzate è stimato al 3.8%, raggiungendo in Lombardia una percentuale pari al 7,5%.

Il picco dei decessi è stato riscontrato nel periodo dal 16 al 31 marzo.

Delle 1259 strutture che hanno risposto all'indagine dell'ISS, tre su quattro hanno riportato la mancanza di dispositivi di protezione individuale (DPI) per il personale, una su cinque la scarsità di informazioni sulle procedure necessarie a contenere l'infezione. Inoltre, circa il 30 % ha segnalato la carenza di personale sanitario e il 12,5% la difficoltà nel trasferire i residenti affetti da COVID-19 in strutture ospedaliere. Per quasi una struttura su tre si sono evidenziate difficoltà nell'isolamento degli ospiti affetti da COVID-19. 282 strutture hanno indicato l'impossibilità di eseguire i tamponi; questa domanda è stata introdotta a partire dall'8 di aprile 2020 e la percentuale si riferisce al 52,1% (n=541) delle strutture che hanno risposto.

I dati raccolti attraverso la survey promossa da Cnoas e Fnas riportano problemi simili (Sanfelici, 2019), evidenziando come l'indisponibilità di DPI abbia riguardato circa la metà dei rispondenti, mentre l'assenza di indicazioni chiare su come orientare la pratica è riportata da circa il 40% dei professionisti.

Le risposte alle domande aperte (n= 2186) sulle difficoltà e i bisogni emersi analizzate in questo contributo consentono di comprendere come tali aspetti abbiano inciso sulla qualità dei servizi offerti alle persone anziane. Gli assistenti sociali che hanno partecipato alla survey promossa dal Cnoas hanno evidenziato come, nella prima fase dell'emergenza, l'indisponibilità di test per il tracciamento dell'infezione abbia avuto conseguenze sia nei servizi residenziali, sia nei servizi domiciliari. Nelle strutture questa grave criticità, oltre ad esporre a rischi per la salute e a rendere estremamente complessa la diagnosi e l'individuazione di soluzioni, ha aumentato i vissuti di incertezza, paura e angoscia nei residenti, nei familiari e nel personale.

L'assenza di adeguati DPI per i professionisti ha probabilmente influenzato la decisione di sospendere alcuni servizi domiciliari in diversi territori. Molti dei rispondenti hanno segnalato la difficoltà e i dilemmi etici di cui



Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112334

hanno fatto esperienza nel dover individuare priorità e fornire riposte parziali o poco efficaci a sostenere il peso delle famiglie. Solo alcuni professionisti hanno riportato come il proprio ente abbia deciso di intensificare il servizio domiciliare per far fronte ai bisogni emergenti.

Frequenti sono le risposte al questionario che hanno evidenziato l'impatto delle misure restrittive sulla quotidianità delle persone. Nelle strutture, i bisogni degli ospiti più di frequente segnalati dai rispondenti riguardano la necessità di essere ascoltati, rassicurati e condividere emozioni e vissuti, non solo legati alla paura del contagio, ma anche all'improvviso sconvolgimento della routine quotidiana. Tutti hanno dovuto adattarsi a nuove regole di comportamento ma, per gli ospiti dei contesti residenziali, questo ha implicato l'impossibilità di uscire dalla struttura, di avere contatti in presenza con i propri familiari, la sospensione di attività di socializzazione che scandiscono i tempi della vita in residenza. Per molte persone anziane, così come per i loro familiari, questa esperienza si è tradotta in vissuti di ansia, frustrazione e talvolta rabbia per la condizione imposta. Per le persone affette da deterioramento cognitivo è stato ancor più difficile dare significato a una situazione in cui gli ambienti e i volti «mascherati» erano improvvisamente trasformati dalle nuove regole.

Alcuni rispondenti hanno inoltre evidenziato il rischio di peggioramento a livello cognitivo e motorio in relazione alle restrizioni imposte e le conseguenze legate alla difficoltà di accesso a cure sanitarie considerate differibili.

Uno dei problemi segnalati più di frequente è il vissuto di «solitudine» e il rischio di isolamento sociale, sia per molti degli anziani in struttura, sia per le persone che al proprio domicilio non potevano contare sul sostegno affettivo veicolato dalle reti primarie, assenti o in difficoltà.

La solitudine ha connotato anche l'esperienza drammatica di alcuni familiari, costretti ad assistere al fine vita del proprio congiunto a distanza, senza poter accedere alle strutture o accompagnarlo nel rito funebre, sospeso durante il *lockdown*.

Una preoccupazione emersa di frequente nelle risposte degli assistenti sociali riguarda inoltre una fascia di popolazione non in contatto con i servizi, in una fase in cui anche quelle che sono state definite «le antenne nel territorio» hanno avuto maggiori difficoltà a intercettare domande di aiuto.

Un altro tema ricorrente riguarda la difficoltà di accesso a servizi e risorse assistenziali. Non solo sono stati sospesi molti dei servizi pubblici a sostegno della domiciliarità, ma è stato più complesso reperire assistenti familiari, in parte a causa delle limitazioni negli spostamenti imposte dal *lockdown*, in parte per la paura del contagio che ha portato alcuni lavoratori domestici alla rinuncia dell'incarico, ad esempio nei casi di dimissioni ospedaliere di persone positive al virus. Per la stessa ragione, diverse famiglie hanno rinunciato



Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112334

agli interventi a domicilio garantiti da servizi pubblici o privati, temendo conseguenze per la salute legate alla possibilità di contrarre l'infezione.

Molte risposte segnalano l'aggravarsi di bisogni di natura economica per le famiglie, dovuta alla perdita del lavoro o alla malattia, in particolare di persone assunte con contratti irregolari, dunque prive di forme di tutela garantite dalle prime misure introdotte dal governo. Alcune risposte fanno riferimento alle maggiori difficoltà di quartieri urbani o aree più povere, a causa della minore attivazione di reti di prossimità; altri rispondenti segnalano invece un netto incremento della disponibilità di individui e associazioni al supporto di persone anziane in difficoltà durante la pandemia.

## 4. Cosa ha aiutato nell'emergenza sanitaria

Una delle domande aperte del questionario ha chiesto ai rispondenti di condividere quali, dal loro punto di vista, fossero identificabili come buone pratiche utili ad affrontare la fase di emergenza. Le risposte hanno portato in luce una pluralità di tentativi di adattare le tecniche professionali al nuovo contesto, e sperimentare l'utilizzo di nuovi strumenti per connettersi e «stare in relazione». L'obiettivo comune a questi tentativi è stato quello di costruire ciò che i rispondenti hanno definito «prossimità a distanza», cercando di contrastare gli effetti negativi del distanziamento fisico.

### *4.1. Consulenza psico-sociale "a distanza"*

Le telefonate e le videochiamate con i familiari hanno rappresentato il mezzo privilegiato per costruire e mantenere una relazione di fiducia, «una relazione che cura», nonostante la distanza. I colloqui sono stati fondamentali per garantire orientamento e informazione sulle misure di prevenzione e gli aiuti disponibili, sostegno psico-sociale e ascolto dei vissuti di incertezza, angoscia e talvolta dolore e sofferenza legati all'impatto della malattia, colloqui di supporto all'elaborazione del lutto, alle persone in isolamento e in quarantena, e alle famiglie chiamate a riorganizzare la gestione assistenziale dopo ricoveri ospedalieri.

Nel contesto delle Casa di Riposo, noto come il supporto telefonico ai familiari sia fondamentale. Permette la vicinanza anche se distanti. Ai familiari viene concesso un momento per lasciarsi andare: piangere, arrabbiarsi, ringraziare e condividere dubbi. Questo è molto importante perché sentono che come struttura siamo presenti e cerchiamo, anche senza la presenza di familiari, di fare di tutto per i loro cari.



Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112334

Soprattutto con le persone sole a domicilio, l'intervento è stato utile ad accompagnare nel dare significato a ciò che stava accadendo, provare a trovare un ordine alle cose, ripensare a possibili cambiamenti in una situazione di estrema incertezza e costruire nuove ruotine nel quotidiano.

Per le persone anziane ritengo sia stato utile effettuare telefonate periodiche, costruendo una routine, che in alcuni casi ci ha permesso di gestire meglio l'ansia legata al periodo, il timore di stare male e non sapere a chi parlarne o anche solo di poter interloquire con qualcuno durante la giornata.

## *4.2. Strumenti digitali per il lavoro con le famiglie e i gruppi*

Durante il *lockdown* sono state avviate numerose sperimentazioni che hanno incluso l'utilizzo di strumenti digitali nel lavoro con le famiglie di persone anziane: messaggi testuali e vocali, gruppi virtuali di scambio, gruppi di mutuo-aiuto, scambi tra generazioni per favorire il reciproco *storytelling* tra anziani in strutture e studenti. Sembra trattarsi più spesso di assistenti sociali che avevano attivato sperimentazioni già in precedenza alla pandemia, con probabile maggior competenze nell'utilizzo di queste tecnologie.

Avere già nell'ambito del gruppo del Centro Alzheimer da me coordinato creato da tempo una chat WhatsApp ha favorito l'ampliamento del suo utilizzo. Oggi è diventata un vero sostegno quotidiano, un luogo di incontro virtuale dove essere piccola comunità, dove i nostri amici si incontrano, trascorrono del tempo e sollecitati dalla psicologa svolgono piccole attività, postano i loro ricordi, guardano un video, fanno un gioco, e tre volte a settimana grazie ad una piattaforma web si ritrovano insieme per fare esercizi anche con la psicomotricista e vedersi e parlarsi.

Seguo un gruppo costituito da persone anziane con demenza e dai caregivers che si incontrava 2 volte a settimana per fare attività psicosociali integrate. L'aver a suo tempo creato un gruppo ci permette oggi di continuare a seguirli tutti e tramite una piattaforma Google realizzare gli incontri via web 3 volte a settimana.

Alcuni assistenti sociali hanno tuttavia evidenziato come una parte delle famiglie che si rivolgono ai servizi non aveva a disposizione i mezzi e le competenze necessarie per comunicare attraverso il digitale, o l'intenzione di approcciarsi all'uso di questi strumenti.

Altri rispondenti hanno descritto il tentativo di insegnare l'uso di strumenti digitali a persone anziane. In particolare nelle strutture residenziali, l'uso delle videochiamate attraverso tablet è stato essenziale, sia per consentire agli ospiti di comunicare con i propri familiari, sia per mantenere un costante aggiornamento delle famiglie.



Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112334

Non appena è stato possibile, tutte le strutture sono state dotate di tablet con cui abbiamo portato avanti un bel lavoro di videochiamate tra anziani e familiari. Da lì la conferma del bisogno reciproco di essere tranquillizzati, di rivedersi, di parlarsi e far uscire emozioni (pianti, sorrisi, sguardi). Attraverso un gruppo broadcast abbiamo restituito ai familiari, nel rispetto della privacy, alcune informazioni relative all'andamento dell'emergenza in struttura, offrendo alcune pillole di quello che si stava facendo con loro.

Gli strumenti digitali sono stati utilizzati anche per la comunicazione tra professionisti e istituzioni e per la comunicazione esterna, principalmente per diffondere informazioni alla popolazione.

## *4.3. Linee telefoniche per la popolazione anziana*

In alcune realtà gli assistenti sociali sono stati coinvolti o hanno promosso l'attivazione di linee telefoniche utili a dedicare ascolto e offrire informazioni alle persone anziane e ai caregiver. L'obiettivo è stato anche quello di riuscire a intercettare una fascia di popolazione non nota ai servizi e consentire, oltre alla diffusione di informazioni, il monitoraggio e l'analisi dei bisogni emergenti nei territori. Alcuni servizi sono stati gestiti in collaborazione con associazioni o reti di volontari che si sono attivate in fase di emergenza.

Nella mia realtà è stato istituito un numero verde tramite il quale i cittadini anziani o fragili chiedono aiuto segnalando le loro difficoltà. Il filtro, lettura del bisogno e risposta lo fa il servizio sociale. A fianco del servizio sociale è stata creata una rete operativa con la protezione civile, associazioni di volontariato, rete di negozi alimentari con consegna dei generi alimentari a domicilio, etc. Una stupenda esperienza molto apprezzata dai cittadini.

Alcuni assistenti sociali hanno messo a disposizione degli anziani e delle famiglie un numero di cellulare diretto e hanno costruito piani di monitoraggio per garantire il supporto delle persone sole, offrendo un punto di riferimento utile a rassicurare e a confrontarsi.

## *4.4. Lavoro in rete e coordinamento*

Da molti dei rispondenti sono stati descritti come strategici sia la capacità (non sempre presente negli enti) di coordinare e mettere a sistema le risorse nei territori per far fronte all'emergenza, sia il lavoro in rete con le organizzazioni del Terzo settore.



Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112334

L'attività condivisa con questi attori è stata fondamentale per rispondere in modo tempestivo alla domanda di aiuto, anche sopperendo alla carenza di risorse pubbliche in campo, attraverso la distribuzione di beni per soddisfare bisogni primari (cibo, farmaci).

[Una buona pratica è] La creazione di un punto di coordinamento, gestito dall' ente pubblico, che coinvolge tutte le associazioni del territorio per un supporto al soddisfacimento dei bisogni primari. Molta è la solidarietà che si riscontra nella comunità in questi momenti ma, nella maggior parte dei casi, questa ha bisogno di essere coordinata e incentivata. Le istituzioni pubbliche, che dovrebbero fornire risposte ai bisogni dei cittadini, da sole non sono sufficienti a creare un ventaglio di interventi completo ed efficace. La comunità, organizzata attraverso le associazioni, diventa allora la risorsa per dare vita ad una risposta che parte dal basso. L'esperienza a cui sto partecipando ha dato dimostrazione che i legami di prossimità nel nostro paese sono ancora alla base della nostra società e ne sono il motore vitale.

Solo alcuni rispondenti descrivono *task force* centralizzate per il coordinamento di équipe specializzate su diversi temi, la raccolta dei dati, il coordinamento degli interventi e l'interfaccia con i servizi sanitari per far fronte ai bisogni emergenti.

## 4.5. Utilizzare i dati per informare la pratica

Avere aggiornato l'analisi delle condizioni di vulnerabilità di individui o gruppi è stato utile a informare la risposta all'emergenza. Le esperienze di analisi dei dati e di costruzione di un profilo di comunità sono citate da una minoranza dei rispondenti e non sembrano essere prassi comuni nei servizi. Dalle risposte analizzate sembra che siano state attivate più di frequente nelle aree che già erano state messe alla prova da crisi collettive e catastrofi naturali.

In altri casi, sono state improvvisate banche dati, ricostruendo informazioni utili ad intercettare persone in condizioni di solitudine, anche attraverso il supporto delle associazioni del Terzo settore.

Avendo già dovuto affrontare negli ultimi otto anni, sia l'emergenza terremoto che l'alluvione, da tempo mi ero costruita un file con l'elenco delle persone fragili, che aggiorno mensilmente. L'elenco è composto da tutti gli ultra 75enni che vivono soli o in coppia con altra persona anziana (dato fornito annualmente dagli uffici anagrafi), dagli utenti in carico ai nostri servizi (non necessariamente anziani) e dai beneficiari di ausili (dati forniti dall'asl ufficio protesica). Il file è composto da: dati anagrafici, presenza di ausili e condizione abitativa, presenza di rete parentale, che a seconda del tipo di emergenza possono essere più o meno utili (…). In questa occasione questo strumento mi è stato utile per intercettare anziani soli, non in carico



Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112334

ai servizi, per i quali abbiamo attivato dei servizi domiciliari di supporto (es. spesa piuttosto che consegna farmaci), cercando pertanto di ridurre il rischio di esporli al contagio del virus.

## 4.6. La cura reciproca

Sentirsi parte di un gruppo, di un'équipe che condivide, poter interagire e essere ascoltati dalla direzione è menzionato da molti dei rispondenti come una condizione che ha consentito di non sentirsi soli di fronte all'emergenza, trovare il coraggio per affrontarla, rinforzare la speranza di potercela fare. Nell'équipe si sono condivisi dubbi, paure, informazioni, conoscenze e esperienze.

Alcuni rispondenti fanno esplicito riferimento alla ritrovata forza di reagire, grazie all'interazione quotidiana con le persone anziane, alla condivisione di racconti, storie ed emozioni e difficoltà condivise.

I professionisti che hanno lavorato in solitudine hanno sperimentato maggiori difficoltà a reagire e dare senso a una situazione non conosciuta, e alcuni di loro hanno esplicitato la consapevolezza di essere a rischio di *burnout*. Alcuni rispondenti fanno riferimento all'importanza e alla conoscenza di alcune tecniche di *self care* come strumento per la cura di sé e degli altri.

## 4.7. Il posizionamento del servizio sociale nell'ente

Le risposte al questionario offrono una fotografia molto articolata rispetto al ruolo dell'assistente sociale nei servizi durante il *lockdown*.

In alcune delle risposte emerge il mancato coinvolgimento degli assistenti sociali nelle cabine di regìa per la gestione dell'emergenza, con un mandato organizzativo prevalentemente legato all'erogazione di prestazioni. Di contro, altri professionisti si riferiscono alla loro attiva partecipazione nell'analisi dei bisogni emergenti e nella definizione delle risposte alla crisi, o almeno la possibilità di formulare proposte ai livelli decisionali. Alcuni descrivono una progettualità del servizio sociale negoziata e supportata dal livello politico. Altri rispondono di essere stati invitati a rimanere a casa, in ferie o in cassa integrazione, in attesa del contenimento dell'emergenza. Alcuni evidenziano come sia stata prevalente l'attenzione agli aspetti sanitari, a scapito della dimensione sociale del *care*. Altri descrivono un'attiva partecipazione a équipe multiprofessionali in cui il loro ruolo sembra valorizzato.

Anche i modi di reagire alla crisi da parte dei professionisti variano, probabilmente in relazione alla gravità dell'impatto della pandemia sul servizio,



Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112334

al contesto organizzativo, a differenti strategie di *coping*, alla formazione e, dunque, al grado di preparazione.

Per alcuni assistenti sociali l'impatto della crisi e le difficoltà organizzative hanno portato a una situazione di attesa o di «blocco» della loro attività. Altri hanno utilizzato gli strumenti ordinari, valutandoli come scarsamente efficaci in una situazione di emergenza sanitaria. Altri ancora hanno sentito il bisogno di impegnarsi sul campo e dare «maggiore concretezza» all'azione, anche assumendo compiti che nell'ordinario sono attribuiti ad altri professionisti, ad esempio in situazioni di emergenza nelle strutture residenziali.

> Lavorando in una casa di riposo focolaio, i dipendenti sono dimezzati, di conseguenza non esistono più ruoli, tutti ci adoperiamo per il benessere degli anziani. Sto incontrando difficoltà più che in veste di assistente sociale, come persona. Sono in difficoltà emotivamente nel sopportare la visione degli anziani che peggiorano notevolmente non solo per la malattia, ma per la tristezza del non vedere i propri cari. (…) Mi sono messa in gioco, ho modificato il mio ruolo in questo periodo e non esiste più la mia postazione in ufficio. Sono sempre nei piani e contribuisco attivamente per il benessere degli anziani. Aiuto nell'idratazione, attività pomeridiane di sostegno affettivo, supporto agli operatori a rischio *burnout*.

La maggior parte delle risposte evidenzia l'impegno e l'azione dei professionisti per far fronte a sfide inedite, improvvisando, sperimentando nuove soluzioni, imparando dall'esperienza.

Per alcuni la crisi ha costituito un'opportunità di ripensare ai limiti di un approccio «emergenziale» al lavoro sociale, come se l'emergenza avesse in qualche modo consentito di "fermarsi" e riuscire a riconoscere l'importanza del tempo dedicato alla relazione, alla prevenzione e all'analisi delle variabili macro che influenzano l'azione.

## 5. Possiamo fare meglio

Era già successo. Nel marzo del 2003, nel corso della pandemia legata al virus SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*), in diversi ospedali e strutture nel territorio della città di Toronto furono introdotte misure di prevenzione che prevedevano lo screening di tutti coloro che facevano ingresso negli ospedali e nelle strutture, l'uso di materiale per l'isolamento, e misure che impedivano il contatto diretto con i residenti da parte di chiunque non fosse un membro dello staff (McCleary *et al.*, 2006).

È interessante notare come molto di ciò che abbiamo "imparato" dall'esperienza nel corso dell'attuale pandemia, fosse in parte già conoscenza disponibile. McCleary e colleghi (2006) presentano i risultati di una ricerca



Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112334

condotta in una struttura di Toronto, immediatamente dopo l'introduzione delle misure di contenimento del contagio, descrivendo in particolare le attività del dipartimento di servizio sociale nella residenza.

Gli assistenti sociali erano stati immediatamente incaricati di sviluppare un piano che aveva incluso servizi di consulenza, *crisis intervention* per le famiglie e i residenti, e un parallelo servizio di supporto al personale della struttura, impegnato nel sostegno di ospiti o familiari maggiormente in difficoltà a fronteggiare i vissuti di paura, angoscia e talvolta rabbia associati alle misure per il contenimento dei focolai. I familiari coinvolti nella ricerca hanno valutato come particolarmente utili la possibilità di ricevere chiamate regolari dagli assistenti sociali o altri operatori della struttura, di essere ascoltati ogni volta che hanno formulato una richiesta, la possibilità di mantenere contatti con i loro familiari attraverso telefonate o lo scambio di fotografie, la possibilità di affidarsi all'équipe.

Molte di queste azioni, e nuove strategie consentite dall'evoluzione degli strumenti digitali, sono state messe in campo nel corso dell'attuale emergenza nei servizi sociali italiani. Questa conoscenza merita di essere analizzata e messa a sistema, in un processo che caratterizza la disciplina del servizio sociale ovvero la costruzione di teoria dalla pratica.

Ciò che la pandemia, come gli altri disastri che hanno colpito il Paese, dovrebbe aver insegnato è la necessità di essere preparati a eventi che sono già accaduti e accadranno, e che impattano soprattutto sulle persone che hanno meno risorse per fronteggiarli.

È ora più manifesto, ciò che era già noto, ovvero la debolezza di un approccio 'ospedale-centrico' nel fare salute pubblica, l'assenza di una politica nazionale capace di costruire un sistema adeguato di *long term care* (Gori, 2017; Arlotti e Ranci, 2020), le lacune dell'assistenza domiciliare, lo sbilanciamento sui trasferimenti monetari, lo scarso sostegno e la scarsa valorizzazione dei caregiver, il ruolo marginale attribuito ai servizi sociali, più spesso intesti come semplici erogatori di prestazioni.

Molti assistenti sociali sembrano aver riscoperto l'importanza della prevenzione, della produzione di analisi e dati per informare la pratica, di mettere a sistema informazioni e esperienze, di lavorare nella comunità, di superare un approccio "emergenziale" e una sorta di adeguamento a un sistema che chiede di limitarsi a un lavoro per prestazioni, anziché includere l'attivazione di aiuti materiali all'interno di un più ampio progetto che tiene insieme le dimensioni micro e macro dell'intervento sociale.

Sono emerse anche sfide del tutto nuove, ad esempio rispetto alle competenze per fare servizio sociale con strumenti digitali, oppure comprendere, insieme ad esperti di altre discipline, come risolvere in pratica il dilemma che si impone in un'emergenza sanitaria, tra la tutela della salute attraverso



Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112334

il distanziamento fisico e la necessità che questo non si traduca in forme di limitazione della libertà e in gravi conseguenze sul benessere psico-sociale delle persone.

Poche delle risposte analizzate si riferiscono ad una delle azioni del servizio sociale, più sviluppata nei contesti anglosassoni che in Italia, ma particolarmente coerente con il mandato internazionale alla disciplina e alla professione, ovvero l'advocacy. Un assistente sociale che ha partecipato alla survey ha evidenziato il tema della tutela dei diritti degli anziani e in particolare «il diritto di non essere considerati sacrificabili».

L'impegno per risolvere i problemi già noti, e investire le risorse per farlo, richiede un cambiamento culturale sui modi di intendere il welfare e il posto degli anziani nella società. Il servizio sociale, nei servizi del welfare e nella ricerca, ha il mandato di influenzare con azioni di *voice* il discorso pubblico, dentro e fuori le istituzioni, contrastando discriminazioni e forme di *ageism*, evidenziando come siamo tutti coinvolti in questa sfida, con diverse vulnerabilità e capacità, e influenzando l'attenzione della politica verso azioni utili per le persone anziane, e dunque per la società in generale.

## Riferimenti bibliografici


Arlotti M. Parma A., Ranci C. (2020), "Politiche di LTC e disuguaglianze nel caso italiano: evidenze empiriche e ipotesi di riforma", *Politiche Sociali*, 1: 125-148.

Arlotti, M., Ranci, C. (2020), *Un'emergenza nell'emergenza. Cosa è accaduto alle case di riposo del nostro paese?*, Politecnico di Milano. Testo disponibile al sito http://www.lps.polimi.it/wp-content/uploads/2020/04/Impaginazione_inage.pdf, consultato il 03/09/2020.

Bettio F., Simonazzi A., Villa P. (2006), "Change in care regimes and female migration: the 'care drain' in the Mediterranean", *Journal of European Social Policy*, 16,3: 271-285.

Blaikie P., Cannon T., Davis I. and Wisner B. (1994), *At Risk. Natural Hazards, People's Vulnerability and Disasters*, Routledge, London.

Da Roit, B., González Ferrer, A., Moreno-Fuentes, F.J. (2013) "The Southern European migrant-based care model", *European Societies*, 15,4:577–596.

Giarelli G., Vicarelli. G. (2020), "Politiche e sistemi sanitari al tempo della pandemia da Covid-19: una lettura sociologica", *Sociologia Italiana*, 6: 69-86.

Gori C. (2017), *Introduzione. L'età dell'incertezza*, in Network Non Autosufficienza, a cura di, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 6° rapporto 2017/2018. Il tempo delle risposte*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.

Istituto Superiore di Sanità (2020), *Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia Dati al 7 settembre 2020*. Testo disponibile al sito https://www.sigg.it/wp-content/uploads/2020/09/Report-COVID-2019_7_settembre.pdf, consultato il 12/9/2020.




Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112334

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

Nacoti *et al.* (2020). "At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation, *NEJM Catalyst*. Testo disponibile al sito https:// catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080, consultato il 01/08/2020.

Network Non Autosufficienza (a cura di) (2017), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 6° rapporto 2017/2018. Il tempo delle risposte*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.

Organizzazione Mondiale della Sanità (2019). *Health Emergency and Disaster Risk Management Framework*. Testo disponibile al sito: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326106/9789241516181-eng.pdf?ua=1, consultato il 9/9/2020.

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

Saraceno C. (2010), "Social Inequalities in Facing Old-Age Dependency: A Bi-generational Perspective", *Journal of European Social Policy*, 20, 1: 32-44.

Terraneo M. (2020), "Studiare le disuguaglianze di salute in tempo di pandemia: una cornice teorica", *Sociologia Italiana*, 16: 87-97.

Tidoli R. (2017), *La domiciliarità*, in Network Non Autosufficienza, a cura di, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 6° rapporto 2017/2018. Il tempo delle risposte*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.

United Nation (2020), *Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Older Persons* (May 2020). Testo disponibile al sito https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-The-Impact-of-COVID-19-on-Older-Persons.pdf, consultato il 23/08/2020.

United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR) (2015), *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2020*. Testo disponibile al sito https://www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030, consultato il 9/8/2020.

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



Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112334

# 10. Dialoghi digitali. La comunità professionale si confronta sull'esperienza in tempo di COVID

*di* Elena Allegri *e* Roberta Teresa Di Rosa

## 1. L'impatto della pandemia sul servizio sociale

Insieme allo spiazzamento iniziale, la pandemia ha reso ancora più evidenti le disuguaglianze e le ingiustizie sociali, ha investito direttamente i servizi sociosanitari, le relazioni tra i cittadini e tali sistemi, le comunità, il ruolo dei professionisti, in un clima caratterizzato da incertezza, ritardi nella organizzazione di risposte istituzionali adeguate, disinformazione e circolazione di notizie false. La gestione della emergenza causata dal COVID-19, nelle diverse fasi in cui è articolata, ha coinvolto i professionisti dei servizi sociali in un contesto in cui, per la prima volta, una situazione di trauma e di crisi a livello collettivo (Aydin, 2017) ha investito l'intero territorio nazionale, comportando sfide senza precedenti in Italia dopo la Seconda guerra mondiale. Le misure adottate per far fronte all'emergenza, ancora in corso, e in particolare quelle per il contenimento del contagio, hanno imposto il distanziamento fisico tra persone, sfidando dunque modi, dispositivi e strumenti cardine del lavoro dell'assistente sociale. Come svolgere, per esempio, i colloqui, le visite domiciliari, il lavoro con i gruppi nei servizi sociosanitari, e come non interrompere i progetti di potenziamento delle relazioni nelle comunità locali? Come modificare velocemente progetti e interventi per costruire risposte adeguate alle domande dei cittadini, in un clima di paura, disorientamento e fatica?

In questa situazione, peraltro, si è potuto far riferimento solo in parte a esperienze già consolidate in situazioni di emergenza e all'adattamento di modelli e strumenti di intervento sviluppati, per esempio, in occasione di calamità naturali (Di Rosa, 2012; Calbucci *et al.*, 2016; Mirri, 2018).

La crisi pandemica ha avuto un impatto *diretto* e *indiretto* nella sfera di azione dei servizi sociali. L'implementazione di regole di distanziamento e di sicurezza, la chiusura di luoghi aperti al pubblico (Centri Diurni), il divieto di accesso ai familiari (Residenze Sanitarie Assistenziali), l'attivazione di



Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112334