

Il benessere (e il malessere) degli operatori socio-sanitari nelle strutture protette per anziani durante la pandemia

Giulia Avancini

Università Cattolica di Milano,
Centro di Ricerca Relational
Social Work

Francesca Corradini

Università Cattolica di Milano,
Centro di Ricerca Relational
Social Work

L'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19 ha avuto un impatto devastante sulle strutture protette per anziani. L'attenzione mediatica si è concentrata, in particolare, sull'elevato numero dei contagi e dei decessi, mentre è stata riservata minore attenzione alle conseguenze della pandemia sul lavoro degli operatori e sui loro vissuti. Lo studio che viene presentato è stato condotto all'interno di sette strutture protette per anziani nel Nord Italia. La finalità complessiva della ricerca era quella di rilevare e descrivere le conseguenze della pandemia sulle persone anziane inserite in struttura protetta, sui loro familiari e sui professionisti delle strutture. Sono state condotte 44 interviste semistrutturate con i responsabili delle strutture, alcuni membri dello staff, alcune persone anziane e alcuni familiari. All'interno dell'ampia finalità descritta, è stato possibile delineare le esperienze degli operatori durante la prima ondata della pandemia e gli elementi che li hanno supportati in quel periodo. I risultati della ricerca possono essere utili per i professionisti e i responsabili delle strutture, al fine di individuare percorsi che possano supportare il benessere dei professionisti e intervenire sulle condizioni di disagio.

Parole chiave

Strutture protette per anziani – Pandemia da Covid-19 – Lavoro sociale con le persone anziane – Benessere degli operatori sociali – Long-term care.

Introduzione

L'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19 ha avuto un forte impatto sulle strutture residenziali per anziani, definite da diversi autori l'anello debole del sistema sanitario e socio-assistenziale (CERGAS-Bocconi, 2020; Arlotti e Ranci, 2021a). L'attenzione mediatica si è concentrata sull'elevato numero dei contagi e dei decessi, tanto che alcuni autori hanno parlato di una «strage silenziosa» (Marocchi e Pasquinelli, 2020) e di un'«emergenza nell'emergenza» (Arlotti e Ranci, 2020). Minor attenzione è stata posta sulle conseguenze che la pandemia ha avuto sul lavoro degli operatori e sui loro vissuti, sul loro malessere e sul loro benessere. Il presente contributo, a partire dai risultati di una ricerca empirica, intende focalizzarsi sui vissuti degli operatori sociali e socio-assistenziali delle strutture protette per anziani durante la pandemia e sugli elementi che gli operatori stessi hanno riconosciuto essere stati supportivi nel periodo della cosiddetta «prima ondata».

Il lavoro di cura professionale, in Italia, si inserisce in un sistema di welfare definito dagli studiosi «familista», in cui la risposta alle esigenze delle persone anziane non autosufficienti viene prevalentemente fornita dalle reti familiari e l'intervento dello Stato risulta residuale (Arlotti, 2018). Le ricerche evidenziano come, in un Paese con il più alto tasso di invecchiamento d'Europa,¹ l'investimento sui servizi di *long-term care* appaia scarso (Fosti e Notarnicola, 2018) e basato prevalentemente su trasferimenti economici, *in primis* l'indennità di accompagnamento, che alimentano il mercato dell'assistenza privata (Arlotti e Aguilar Hendrickson, 2016; Gori e Gubert, 2021). All'interno di questo contesto, i professionisti della cura, in particolare coloro che si occupano direttamente di assistere le persone non autosufficienti, a domicilio o nelle strutture protette, risultano le figure maggiormente investite del carico assistenziale.² Tuttavia, i dati ci dicono che gli operatori che lavorano nei servizi per persone anziane non autosufficienti hanno una bassa qualifica, tra di essi è presente un elevato turnover e le retribuzioni sono scarse, soprattutto se paragonate con quelle di pari grado nel settore ospedaliero (OECD, 2020). La carenza di personale all'interno delle strutture per anziani è divenuta drammatica nel periodo della pandemia, anche a causa del passaggio di numerosi operatori alle strutture ospedaliere (Arlotti, Parma e Ranci, 2020), laddove, peraltro, la situazione era critica ancor prima dell'emergenza sanitaria (Neri, 2020).

¹ Secondo i più recenti dati Eurostat, l'Italia è il Paese dell'UE-27 con la percentuale più elevata di persone over 65 anni (22,8% contro il 20,3% della popolazione europea) e con il più elevato indice di dipendenza della popolazione (35,7% contro il 31,4%) (Eurostat, agosto 2020, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/it).

² Nel periodo 2009-2016, a fronte di un incremento delle esigenze di cure sanitarie delle persone inserite nelle strutture protette, la presenza di medici è diminuita del 26%, mentre è aumentata del 17% la presenza di operatori addetti all'assistenza e del 50% la presenza di personale non retribuito (Arlotti, Parma e Ranci, 2020).

I vissuti degli operatori socio-sanitari durante la pandemia

Concentrare l'attenzione sul tema dei vissuti degli operatori sociali e socio-sanitari nel periodo dell'emergenza sanitaria può essere utile per comprendere gli aspetti di maggior criticità che è stato necessario affrontare. Nella letteratura internazionale, le ricerche sui vissuti degli operatori sociali nel periodo della pandemia si riferiscono principalmente ai «social workers», intendendo con questo termine sia gli assistenti sociali che gli operatori socio-assistenziali (Peinado e Anderson, 2020; Ravalier et al., 2021). Tuttavia, come afferma Raineri (2021, p.11), il termine anglofono social work «in realtà, non definisce una professione specifica, bensì un insieme di professioni affini, le cosiddette “professioni sociali”». Nella breve sintesi che seguirà, si farà riferimento anche alle ricerche che hanno descritto le condizioni di lavoro e i vissuti di operatori sanitari e socio-sanitari che si sono occupati direttamente dell'assistenza a persone ammalate o a rischio di contrarre il Covid-19 nel periodo della prima ondata della pandemia, ritenendo che la situazione all'interno delle strutture protette possa essere assimilata, almeno in parte, a quella ospedaliera, dato l'elevato tasso di contagi e la necessità di assistere le persone in maniera continuativa.³

In generale, gli studi sul *burnout* (Maslach e Jackson, 1986; Ravalier et al., 2021) hanno individuato negli operatori sociali una delle categorie professionali maggiormente a rischio, a causa dell'elevato stress cui sono sottoposti e degli scarsi supporti di cui dispongono. L'emergenza sanitaria ha costituito un evento tragico e inaspettato, che ha provocato vissuti di ansia, stress e depressione nell'intera popolazione a livello mondiale (Peinado e Anderson, 2020) e, in maniera particolarmente accentuata, negli operatori sanitari e socio-sanitari, maggiormente a contatto con le persone ammalate o a rischio di contrarre il virus. Una meta-analisi (Marvaldi et al., 2021), che ha preso in considerazione 70 studi sul tema della salute mentale degli operatori in relazione al Covid-19, ha evidenziato negli operatori sanitari e socio-sanitari durante la pandemia un incremento esponenziale di sintomi di ansia, depressione, stress acuto e stress post-traumatico, oltre a disturbi del sonno. I sintomi sono correlati alla continua esposizione a eventi potenzialmente traumatici: numerosi e improvvisi decessi, carichi di lavoro imprevedibili, assenza o continuo modificarsi delle procedure di intervento, assenza di contatto con i familiari e limitazione delle visite alle persone ammalate anche nel momento del fine vita. A questo si aggiungono il timore del contagio per sé e i familiari, soprattutto in relazione alla scarsità di dispositivi di protezione individuale (DPI), e lo stigma di cui sono stati vittime, in quanto potenziali «diffusori» del contagio (Carmassi et al., 2020). Altri fattori correlati a un aumento dello stress sono il genere femminile e la contemporanea presenza di carichi di cura familiari (De Kock

³ In tal senso, può essere utile sottolineare come, nel periodo della cosiddetta prima ondata della pandemia, le indicazioni provenienti da alcune Regioni prevedevano di evitare il ricovero ospedaliero alle persone residenti in struttura protetta ammalate di Covid-19, oltre alla tanto contestata Deliberazione della Regione Lombardia N. XI/2906 dell'8 marzo 2020, che suggeriva di utilizzare i posti in struttura protetta per accogliere persone ancora positive dimesse dagli ospedali (Amnesty International, 2020).

et al., 2021), che richiedono a questi operatori di essere impegnati su più fronti, con un accumulo di fattori stressanti.

Altri studi (Kinman, Teoh e Harriss, 2020; Kusmaul et al., 2020) confermano quanto già evidenziato e sottolineano come tali condizioni, in assenza di formazione e preparazione specifiche, abbiano esposto gli operatori a frequenti conflitti tra il dovere di prendersi cura delle persone ammalate e la necessità di proteggere se stessi e i propri familiari dal contagio. Gli autori parlano di conflitti morali ed etici (Kinman, Teoh e Harriss, 2020), che possono avere conseguenze sulla salute mentale dei professionisti, anche a lungo termine. Affrontare i dilemmi etici è apparso fin da subito un tema centrale per gli operatori sociali (Banks et al., 2020a), tanto che l'International Federation of Social Workers ha prodotto delle Linee guida per orientare i professionisti nel primo periodo della pandemia (Banks et al., 2020b).

Le ricerche hanno cercato di indagare anche quali siano stati i possibili fattori protettivi che hanno aiutato i professionisti a fronteggiare la situazione nel momento di crisi. Un'analisi della letteratura sul tema effettuata da De Kock e colleghi (2021) evidenzia come gli elementi supportivi si collochino su differenti livelli: a un livello professionale-operativo gli autori evidenziano la precedente esperienza di lavoro in condizioni di emergenza, una specifica formazione sul tema e la disponibilità dei DPI. I fattori ambientali si collocano al livello della specifica organizzazione di lavoro, in particolare risultano fondamentali il supporto e il riconoscimento dell'importanza del proprio ruolo all'interno dell'ambiente di lavoro, ma anche a un livello più ampio, nella comunità di riferimento e nella società (Olivetti Manoukian e Tarchini, 2020). I fattori individuali sono connessi alla resilienza, alla motivazione personale per il lavoro di cura e alla capacità di trovare elementi di crescita personale e professionale anche all'interno di situazioni stressanti.

Ripp Peccorale e Charney (2020) individuano tre aree su cui è stato importante intervenire per fornire supporto ai professionisti della cura: l'area dei bisogni primari, ad esempio rispetto alla cura di sé, all'alloggio, all'alimentazione, al sostegno nella cura dei figli; l'area della comunicazione, che deve essere curata sia all'interno della struttura che verso l'esterno, attraverso messaggi comprensibili e attendibili; l'area della salute mentale, che comprende sia l'offerta di interventi professionali, sia proposte di *peer support*. L'aspetto del sostegno tra pari appare particolarmente importante, dal momento che viene sottolineato (Kinman, Teoh e Harriss, 2020) come la richiesta di aiuto professionale per sé sia considerata un disvalore da parte degli operatori sociali, mentre la possibilità di un confronto alla pari tra colleghi viene riconosciuta come una delle principali fonti di sostegno, insieme al dialogo con il partner e gli amici (Vanhaecht et al., 2021).

La possibilità di ottenere supporto dal livello manageriale, secondo Vanhaecht e colleghi, è un aspetto talora critico: anche se buona parte degli operatori ha dichiarato di aver trovato apertura e dialogo con i superiori, alcuni hanno riportato esperienze negative, oppure hanno affermato di avvertire la necessità di un confronto, ma questo è stato negato. Pensando in particolare all'ambito delle strutture protette, è evidente la responsabilità del livello manageriale nei confronti del benessere degli operatori. Un primo aspetto è connesso alla possibilità di promuovere e sviluppare pratiche

collaborative, in grado anche di ridefinire le relazioni tra i diversi attori in maniera meno gerarchica e più cooperativa (Lusardi e Piras, 2018). Un secondo elemento è la capacità di conciliare, in un ambiente altamente complesso, la componente sanitaria-terapeutica con quella socio-assistenziale (Olivetti Manoukian e Tarchini, 2020), evitando di alimentare la frattura tra *cure* e *care*, tipica degli ambienti a elevata integrazione socio-sanitaria (Bortoli e Folgheraiter, 2001).

Le ricerche (Vanhaecht et al., 2021) sottolineano l'importanza di creare una cultura organizzativa «supportiva», che garantisca adeguate condizioni di lavoro, ma, al contempo, si faccia carico anche degli aspetti emotivi e affettivi del lavoro di cura, integrandoli nei programmi di supporto agli operatori, per evitare effetti di vittimizzazione secondaria.

La ricerca empirica

Nel presente contributo si intende presentare una parte degli esiti di una ricerca realizzata dal Centro di Ricerca Relational Social Work in collaborazione con FNP-CISL Emilia-Romagna, condotta all'interno di sette strutture protette emiliano-romagnole, differenziate per territorio di riferimento, numero di ospiti, percentuale dei contagi, modello di gestione (pubblico o privato).

La finalità generale della ricerca è stata quella di capire quali sono state le conseguenze (previste e non) dell'epidemia, da un lato, del distanziamento e delle misure di protezione attuate, dall'altro, sulle persone anziane ospiti delle strutture protette, sui loro familiari e sugli operatori. Questo allo scopo di poter iniziare a descrivere la dimensione sociale presente nell'emergenza sanitaria all'interno delle strutture protette e poter quindi delineare linee di intervento e programmazione che tengano conto del mutato scenario conseguente all'epidemia. All'interno di questa finalità più ampia si è potuto cogliere quali sono state le caratteristiche del lavoro degli operatori nel periodo della cosiddetta «prima ondata della pandemia», quali elementi hanno favorito e quali potrebbero favorire il benessere degli operatori, se valorizzati e implementati.

La natura esplorativa della ricerca ha richiesto una metodologia qualitativa: sono state realizzate 44 interviste semistrutturate: otto ai coordinatori di struttura, 14 agli operatori (tra cui otto operatori socio-assistenziali, cinque responsabili delle attività assistenziali, un'infermiera), 11 ai familiari, otto agli ospiti, tre ai presidenti/direttori di Aziende Speciali. Data la delicatezza della situazione, la scelta degli operatori e degli ospiti da intervistare è avvenuta su indicazione del coordinatore di struttura. Gli operatori sono prevalentemente di genere femminile (su 14 intervistati solo due sono maschi), hanno un'età compresa tra i 39 e i 58 anni, con un'età media di 44 anni. Tutti gli operatori avevano diversi anni di esperienza all'interno della struttura, da un minimo di un anno e mezzo a un massimo di trent'anni, con una media di 10 anni. Le interviste sono state realizzate nel periodo agosto-ottobre 2020, sia con modalità faccia a faccia, sia con modalità online, una quota residuale per telefono. Tutte le interviste sono state audio/videoregistrate, trascritte integralmente e sottoposte ad analisi tematica del contenuto (Sala, 2010). Le interviste sono state analizzate suddividendole in

quattro sottogruppi: coordinatori, operatori, familiari e ospiti. L'analisi è stata condotta separatamente da un gruppo di ricercatori, che si sono confrontati successivamente; per due sottogruppi l'analisi è stata condotta con l'ausilio del software MAXQDA 2020. Per ogni gruppo di analisi sono state individuate le aree tematiche comuni, suddivise poi in sotto-temi, il materiale è stato organizzato all'interno di mappe concettuali. I testi delle interviste sono stati riportati per intero all'interno di mappe concettuali, costruite con l'ausilio di file Excel.

La ricerca è stata condotta in maniera conforme al Codice Etico dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, approvato con Decreto Rettoriale n. 9350/2011. I dati sono stati raccolti e trattati in conformità al Regolamento UE 2016/679 sulla Protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. A tutti i partecipanti è stata fornita copia dell'Informativa sulla privacy e sul trattamento dati e richiesto il consenso alla registrazione dell'intervista e al trattamento dati. Tutti i dati raccolti sono stati anonimizzati.

Sintesi dei risultati

Riflettere sul tema del benessere degli operatori all'interno delle strutture protette risulta particolarmente sfidante, in quanto l'emergenza sanitaria ha costretto a rivedere completamente l'organizzazione del lavoro e le priorità di intervento, attuando scelte definite dai professionisti stessi come «il contrario di quello che si dovrebbe fare». L'accento sulla tutela della salute ha portato, secondo alcuni operatori, a snaturare le proprie funzioni, private pressoché completamente della dimensione della socialità. In questo contesto di estrema complessità, si sono aperti numerosi interrogativi, sia sugli aspetti organizzativi e assistenziali che su un piano etico.

Il punto di partenza è costituito dai vissuti di coordinatori e operatori, che hanno riportato stress, sofferenza, paura del contagio per sé e per i propri familiari, tanto da fare spesso la scelta di isolarsi ed evitare il maggior numero di contatti possibile. La costante vicinanza con la morte, l'assenza di protocolli operativi, la necessità di dover prendere decisioni delicate in un contesto di forte incertezza e, al contempo, di rassicurare e sostenere gli ospiti, costretti all'isolamento e all'interruzione di ogni contatto con i familiari, hanno messo a dura prova gli operatori, come è evidente nelle parole di questa coordinatrice:

Ho avuto... all'inizio una grandissima paura, anzi terrore... Tremavo tutta, dentro, ho fatto una notte infernale dove non ho dormito... un'ansia pazzesca, perché non sapevo più come fare a gestire la Struttura, quindi una responsabilità enorme, e pensavo a tutti loro e mi veniva da piangere perché pensavo: se va via l'infermiera muoiono tutti, cosa facciamo? (Coordinatrice_B)

Nonostante ciò, dalla ricerca emergono diverse riflessioni, che permettono di comprendere quali siano stati gli elementi che hanno consentito loro di fronteggiare le sfide causate dalla pandemia e di andare avanti, acquistando anche nuove competenze e consapevolezza. Questi elementi si collocano sia a un livello individuale, connesso

alle caratteristiche personali del singolo professionista, sia a un livello professionale e interprofessionale, sia a un livello organizzativo e di sistema.

La capacità di adattamento

Il primo elemento che sembra aver inciso in maniera determinante sul benessere (o sul malessere) degli operatori è stata la loro capacità di adattamento. La pandemia ha portato con sé una forte incertezza, perché da un lato era necessario intervenire con una rapidità mai sperimentata, dall'altro vi era un forte disorientamento di tutti di fronte a una situazione tanto tragica quanto inaspettata. La capacità di adattamento degli operatori si è declinata all'interno di tre aree principali: (a) adattamento a nuovi modelli organizzativi; (b) adattamento a nuove mansioni; (c) adattamento a nuove modalità di relazione.

- a) In una situazione emergenziale come quella descritta, i cambiamenti organizzativi erano necessariamente repentini, andavano realizzati quasi «da un'ora all'altra» (Coordinatrice_E) ed era conseguentemente necessario apprendere velocemente nuovi percorsi e competenze. Tali cambiamenti, oltre che repentini, non avevano una stabilità, dal momento che erano connessi ai continui mutamenti nelle disposizioni normative statali e nelle indicazioni regionali. Ad esempio, la riorganizzazione degli spazi interni alle strutture per separare le persone contagiate dalle altre è stata una questione centrale, che poi ha avuto ripercussioni anche nell'organizzazione delle squadre di lavoro.

Abbiamo iniziato a adottare una serie di misure anche restrittive, che sono partite dall'isolamento degli anziani in camera e l'adozione per noi di DPI, quindi abbiamo iniziato a usare le mascherine, finché poi non ci siamo resi conto che il numero dei positivi era aumentato, sono stati fatti poi tamponi sia agli operatori che a tutti gli anziani di reparto [...] e lì c'è stata veramente la rivoluzione. (RAA_G)

- b) Questo per gli operatori ha significato, quando era necessario, adattarsi a nuove funzioni e allo svolgimento di attività mai svolte prima, pur mantenendo il proprio ruolo e le proprie competenze. L'emergenza sanitaria, infatti, ha richiesto fin dall'inizio agli operatori delle strutture protette una maggiore disponibilità e flessibilità nel proprio lavoro, in termini sia di attività da svolgere, sia di presenze da garantire.

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

Io ho avuto anche delle colleghe, [...] tre o quattro anche per piano, che stavano tutto il tempo qua dentro, entravano al mattino e uscivano alla sera, e loro stesse facevano

il turno, facevano tutto il lavoro della RAA praticamente... facevano i turni, mettevano giù il programma... tutto quello che non era inerente al nostro lavoro lo hanno fatto, si sono rimboccate le maniche, ci siamo saltati fuori. (OSS_B)

- c) Le modalità di cura, supporto e assistenza sono profondamente mutate; in particolare i professionisti descrivono i profondi cambiamenti avvenuti nell'interazione con gli ospiti, con i familiari e conseguentemente nella relazione con loro. Questo elemento è stato descritto da tutti i professionisti come il più difficile da accettare: mantenere le distanze, non poter abbracciare né toccare le persone, lavorare indossando i DPI sono gli aspetti più evidenti di una modalità comunicativa e di interazione che prima della pandemia si fondava molto sulle espressioni non verbali e sulla vicinanza fisica. La necessità di contenere il contagio ha costretto gli operatori a dare la priorità agli aspetti sanitari e a porre in atto delle scelte, come quella dell'isolamento degli ospiti, ritenute «quanto di peggio ci possa essere per una persona anziana» (RAA_A). Queste nuove e inaspettate modalità di cura e assistenza hanno portato gli operatori a chiedersi come preservare la relazione umana e a mettere in discussione la propria identità professionale, come nel passaggio seguente:

Adesso qualche volta mi ritrovo ad essere una macchina, non mi sento più quello di prima. Ci sono momenti in cui mi dico: «Cosa sto facendo?». (OSS_F)

La capacità di adattamento è stata necessaria anche nel ripensare e riorganizzare la relazione con i familiari delle persone anziane. A partire dalla mediazione durante le videochiamate, per poi passare alla mediazione in presenza durante i primi incontri, che avvenivano di persona, ma garantendo il distanziamento fisico, gli operatori si sono trovati a dover gestire un numero di contatti inimmaginabile prima dell'emergenza, e, oltre a ciò, lo hanno fatto in qualità di facilitatori e mediatori di queste relazioni a distanza. Adattarsi a queste nuove funzioni ha portato rassicurazione ai familiari e sostegno agli anziani, ma anche degli elementi di criticità, in particolare per il forte carico emotivo che gli operatori hanno dovuto gestire senza essere «attrezzati» per farlo.

C'è chi è un pochino più forte, chi un pochino più debole, chi è riuscito a gestire meglio la situazione, chi ha dovuto magari piangere, perché era giusto anche piangere [...] per sfogare insomma. (OSS_D)

Per noi è stata molto dura, perché arrivare a lavoro io mi ricordo che era un'impresa, cioè eravamo tutti... venivano gli attacchi di panico. (OSS_A)

Fare squadra: l'importanza di un gruppo di lavoro coeso

Se ci si colloca a un livello interprofessionale, un'altra rilevante dimensione che ha inciso sul benessere (o in sua assenza sul malessere) degli operatori è stato il fatto

di avere la percezione di lavorare assieme, in uno spirito di collaborazione, di condivisione delle responsabilità, di supporto reciproco. Partendo dalle riflessioni degli intervistati si può affermare che, se fosse necessario scegliere l'elemento principale su cui investire nella prospettiva di futuri periodi di crisi, sarebbe fondamentale optare proprio per la coesione tra il personale. Lavorare assieme ha significato soprattutto restare uniti e poter contare sul sentirsi sempre parte di un'équipe affiatata, oppure di «una famiglia», per utilizzare le parole di un'intervistata. In questo gruppo di lavoro affiatato, così come in una famiglia, ci si sosteneva reciprocamente per affrontare le difficoltà, senza mistificare le criticità che possono emergere dal lavoro con gli altri in momenti di forte tensione ed esposizione al rischio. Inoltre, il fatto che queste caratteristiche fossero presenti prima dell'arrivo della pandemia ha permesso di affrontare meglio la situazione.

Definisco la mia squadra unita fin da prima e questa unione, già [presente] da prima, ha fatto sì che abbiamo superato la cosa... Se non avessimo avuto un'unione di squadra già da prima, non saremmo riusciti ad affrontare l'emergenza... Noi non stiamo a guardare un minuto in più o un minuto in meno. Se c'era da fare qualcosa, si stava lì, la si faceva, e solo dopo si andava a casa. (Coordinatrice_A)

La coesione del gruppo ha permesso di far emergere dinamiche di sostegno reciproco, alla pari, che sono state fonte di supporto e coraggio e che nascono dalla condivisione di una finalità comune. Gli operatori si sono sentiti sostenuti, aiutati, riconosciuti nel loro lavoro dagli altri operatori, dai responsabili e nella coralità del gruppo di lavoro, spesso al di là delle gerarchie di ruolo esistenti.

Il supporto interprofessionale si è rivelato utile anche quando proveniva da operatori che non appartenevano al proprio gruppo di lavoro, ma con cui era comunque condivisa la comune condizione di «essere in prima linea». Ad esempio, una delle intervistate ha segnalato che anche il servizio alberghiero messo a disposizione del personale a contatto con i malati di Covid-19 è stato fonte di un significativo sollievo. È interessante notare che questo servizio è stato apprezzato non soltanto per le ragioni pratiche immediate per cui il servizio è stato programmato (evitare che gli operatori contagiassero i propri familiari e alleggerirli dalle incombenze domestiche, aggravate dal dover prevenire il diffondersi dell'infezione), ma anche perché ha creato un'occasione di condivisione dei vissuti e delle difficoltà, innescando dinamiche tipiche dell'auto/mutuo aiuto.

Poi andando là in albergo, conosci persone... i primi tempi nessuno parlava con nessuno, eravamo tutti sconvolti, poi man mano comincio a interagire e chiedi: a te come va? Ti raccontano che anche là è così, che hanno fatto uguale a me, per cui mi dicevo: non sono da sola! E poi chiedi: ma adesso voi come fate con questa cosa? Voi cosa usate? Questo confronto con tutti è stato la salvezza... eravamo tutti nella stessa barca, solidali. (Coordinatrice_B)

Il gruppo, in sintesi, è stato un appoggio fondamentale per affrontare e superare i momenti critici e in alcune testimonianze emerge come si sia riusciti a restare uniti proprio per far fronte all'emergenza, anche superando dissidi interni che prima erano

presenti. Alcuni hanno utilizzato l'immagine della squadra, altri hanno riconosciuto l'importanza di sentirsi «tutti sulla stessa barca».

Poi fortunatamente il gruppo qua è molto solido, poi ovviamente gli screzi nel gruppo di lavoro ci sono sempre, ma sono cose che nascono stamattina e finiscono dopo tre ore, quindi siamo stati abbastanza fortunati che pur essendo da soli siamo riusciti comunque a tenere insieme il gruppo, perché era una situazione che nel... cioè se tutti ci fossimo fatti prendere dal panico, se tutti ci fossimo agitati probabilmente non saremo riusciti a portarci a casa il risultato, secondo me ottimo, che siamo riusciti a portare a casa, cercando di rimanere comunque uniti, perché tanto la barca era la stessa per tutti alla fine. (OSS_C)

Dall'altro lato, dove questa fonte è mancata, è stata causa di malessere. Nei racconti di quegli operatori che non hanno potuto avere i propri colleghi accanto vi è un comune riconoscimento del gruppo come risorsa, di cui, in queste situazioni, si è avvertita con forza l'assenza.

Ero l'unica «superstite», diciamo così. Più che altro io ho più sentito quello: non avere le mie colleghe a fianco, comunque ci saremmo date un po' manforte... Per me è stato molto più traumatico quello, piuttosto che magari fare qualcosa che non facevo abitualmente. (Infermiera_G)

L'importanza del supporto tra pari acquista una rilevanza ancora maggiore se si pensa che, in molte strutture, era stato messo a disposizione un supporto psicologico professionale, online o telefonico. Tuttavia, alcune coordinatrici hanno osservato che gli operatori hanno aderito solo in minima parte all'offerta.

L'hanno utilizzato in pochi. In fase di bisogno, di emergenza, di necessità, di difficoltà emotiva, il contatto telefonico non è di grande aiuto perché parlare con un cavo insomma... si ha bisogno di occhi, di uno sguardo che ti sostiene e quindi è stato usato poco e credo non sia stato così efficace perché... lo stessa, quando ero in quella fase, stanca insomma, non avevo certo bisogno che qualcuno mi dicesse per telefono «forza che ce la fai», sì insomma, era utile, ma era meglio uno sguardo che ti rasserenasse. (Coordinatrice_F)

Il riconoscimento del ruolo dell'operatore

Ha inciso sul benessere degli operatori anche il riconoscimento del loro ruolo da parte degli ospiti, dei familiari e della comunità locale. La maggior parte degli anziani intervistati, infatti, ha riconosciuto che una grande fonte d'aiuto è stata la relazione con gli operatori, legata all'accudimento fisico e alla cura della salute, ma soprattutto al far sentire le persone accolte. Gli anziani hanno riconosciuto inoltre lo sforzo degli operatori nel cercare di non far pesare la gravità della situazione, con l'intento di proteggerli.

Sono stato più di 15 giorni con l'ossigeno e... non che avevo paura, però ero un po' preoccupato. [Sono state] tutte le infermiere, bravissime, che mi hanno aiutato moralmente... cioè parlando, discutendo, queste cose qua... sono eccezionali, guardi,

anche le OSS, che vengono ad accudirci, anche loro sono sempre state giuste con me e anche moralmente. (Anziano1_G)

Di riflesso, il riconoscimento di questo impegno da parte degli anziani è sicuramente uno stimolo e fonte di soddisfazione per gli operatori che hanno lavorato e che lavorano in queste strutture.

Gli anziani forse sono stati quelli che davvero mi hanno motivata di più, proprio assolutamente [...] senza buonismi, no, senza falsi buonismi, è proprio così perché ci sono troppo affezionata, sono anni, sono rapporti che si costruiscono per cui è così. (OSS_E)

È stato importante anche ricevere riconoscimento da parte dei familiari, che hanno capito e hanno sostenuto lo sforzo profuso dai professionisti impegnati all'interno delle strutture. Infatti, agli occhi degli operatori, la distanza dalle strutture imposta ai familiari dall'emergenza sanitaria ha contribuito a migliorare, valorizzandola, la percezione del loro ruolo professionale da parte delle famiglie. Gli operatori si sono sentiti destinatari di fiducia, di comprensione e di riconoscenza da parte dei familiari degli ospiti.

I familiari hanno riconosciuto quello che abbiamo fatto e quindi sono molto più disponibili: certe lamentele che avevamo da parte loro non le hanno più... sono tutti disponibilissimi. (Coordinatrice_B)

Forse a volte i familiari sottovalutano il nostro lavoro, invece in questo periodo che siamo stati in emergenza hanno capito qual è veramente, che spirito ci mettiamo noi [...] vedo alcuni parenti che sono cambiati con noi, ci rispettano di più, sono diciamo più vicini rispetto a prima. (OSS1_D)

Infine, ma non meno rilevante in termini di motivazione per gli operatori, nonostante la pandemia abbia costretto a una completa chiusura rispetto ai contatti tra l'interno e l'esterno della struttura, l'essere collegati a una rete nella comunità locale è stata una risorsa di sostegno per gli operatori dal punto di vista umano e, talvolta, questo ha reso più agevoli le comunicazioni con i cittadini del territorio; ad esempio, un'operatrice ha descritto episodi di pubblico apprezzamento, simili a quelli riservati al personale ospedaliero, che sono stati fonte di soddisfazione e forza.

I primi mesi ci hanno fatto il cartellone fuori, come, non so se ha visto, in tanti posti... Una mattina siamo arrivati e abbiamo trovato un grazie gigante e ci venivano a guardare sotto alla finestra. (OSS_E)

La condivisione di scelte complesse

Se si osserva l'organizzazione anche dal punto di vista gerarchico, un aspetto rilevante da tenere in considerazione rispetto al benessere degli operatori riguarda la condivisione delle decisioni, o la mancanza di condivisione quando si parla di

malessere. Questo elemento emerge da tutti i livelli: dal racconto delle coordinatrici fino a quello degli operatori. I coordinatori e i responsabili che, anziché comunicare le decisioni in modo direttivo, sono riusciti a lavorare condividendo tali decisioni con gli altri membri dell'équipe hanno permesso di affrontare meglio la situazione di emergenza e hanno facilitato il suo fronteggiamento. Al contrario, quando questo non c'è stato ed è emersa invece una distanza con i responsabili o i dirigenti, il malessere degli operatori si è acuito.

Nel complesso, i racconti degli intervistati fanno emergere come spesso i processi decisionali che hanno riguardato la gestione dell'emergenza siano stati partecipati e caratterizzati da una buona comunicazione con i livelli di coordinamento. Le coordinatrici stesse, intervistate, si sono descritte come «manager democratiche», che per tutto quel che è possibile cercano di coinvolgere il personale nelle decisioni da prendere o, eventualmente, nello stabilire come implementare nella situazione specifica le direttive su cui non si può transigere. Nella cornice di questa consapevolezza ha trovato posto la valorizzazione delle occasioni per un confronto sul da farsi con gli interlocutori istituzionali e con il proprio personale.

Nel momento in cui dovevamo prendere delle decisioni, ho sempre chiesto la collaborazione di tutti e quindi le abbiamo sempre affrontate insieme... essendo io il coordinatore, in ultimo la responsabilità è mia, però ho sempre coinvolto gli altri. Non sono una persona che prende una decisione e dice: adesso si fa così! Si fa così per certe cose, perché nelle regole per forza bisogna fare così... però... (Coordinatrice_C)

Gli operatori stessi riconoscono che il processo decisionale avveniva, per quanto possibile, in maniera orizzontale, attraverso il coinvolgimento e la partecipazione di tutti. Un operatore sottolinea proprio la loro richiesta di essere maggiormente coinvolti nelle scelte organizzative, facendo emergere l'importanza di questo coinvolgimento.

Quello che abbiamo chiesto è che la nostra opinione venisse presa in considerazione, perché sostanzialmente poi gli spostamenti li facciamo noi. Quindi sposta la gente, sposta la roba negli armadi, la roba si perde, dopo non si trova, e poi, perché proprio tra gli ospiti ci sono coppie che non funzionano. (OSS_C)

Dalle interviste emerge comunque anche l'utilità e la funzionalità di un buon sistema di comunicazione verticale, dai livelli manageriali a quelli operativi. Una buona organizzazione della catena informativa permette la comprensione delle indicazioni e riduce le asimmetrie informative, fonte spesso di fraintendimenti nei gruppi di lavoro.

C'era la nostra coordinatrice che giorno per giorno, sempre, costantemente, ci dava tutte le informazioni, perché lei comunque è sempre in contatto con i responsabili dell'ASL, [...] praticamente alla base c'era il nostro coordinatore che ci spiegava, ci informava di tutti gli incontri che faceva, [ci diceva] come ci dovevamo comportare, quali potevano essere le procedure da adottare, giorno per giorno. (RAA_F)

I temi del dialogo, della collaborazione e della condivisione emergono come elementi facilitanti anche a un livello inter-organizzativo, con enti e organizzazioni esterni alla struttura residenziale con cui coordinatori e operatori si sono confrontati

per affrontare la situazione di emergenza. Gli operatori riportano come, durante l'emergenza, siano stati fondamentali la collaborazione interprofessionale e il supporto tecnico da parte degli specialisti messi a disposizione dalle Aziende sanitarie locali del territorio, in termini sia di guida che di formazione. Questo aspetto è stato rilevato anche a un livello professionale intermedio, di coordinamento: la collaborazione tra diverse organizzazioni e strutture è stata molto importante non solo per risolvere questioni logistiche, ma anche per assicurare chi aveva responsabilità gestionali.

Verso la metà, alla fine dell'emergenza, ci hanno mandato questi infermieri professionali che conoscevano il Covid, ci spiegavano e stavano al mattino e al pomeriggio con noi; dei tutor praticamente, che ci spiegavano come funziona, come dovevamo vestirvi, svestirci, cosa dovevamo utilizzare, cosa non dovevamo utilizzare, tutte le nostre perplessità, i nostri dubbi, le nostre mancanze, ci rivolgevamo a loro. (OSS_A)

Mi ha contattato il direttore di [...], mi ha detto: «Vuoi una soluzione? La soluzione può essere unire due Case: c'è un'altra struttura, in periferia, che ha avuto tantissimi decessi», per cui si pensava di metterle insieme, in modo da unire il personale. Una soluzione a cui io non avrei mai voluto arrivare... ma comunque era una soluzione possibile. Vuol dire che qualcuno si sta occupando di questa cosa, non sono sola. (Coordinatrice_B)

Considerazioni conclusive

Da questa breve sintesi dei risultati della ricerca, si confermano diversi tra gli elementi presenti in letteratura e si possono trarre riflessioni e spunti operativi.

Innanzitutto, i vissuti di forte ansia, stress e preoccupazione degli operatori, che hanno descritto condizioni di lavoro estreme, in cui ciascuno ha dovuto fare appello a tutte le risorse professionali, ma anche personali. Si potrebbe affermare che l'esperienza della pandemia, per gli operatori socio-sanitari, ha portato a varcare i confini tra pubblico e privato: mai come in questa occasione le caratteristiche individuali, le condizioni di vita e le relazioni interpersonali si sono intrecciate con l'ambito professionale e hanno costituito per alcuni una fonte di supporto fondamentale, per altri un'ulteriore causa di stress e fatica.

Concentrando l'attenzione sui fattori supportivi, è evidente come questi si collochino in diversi ambiti che, come evidenziato, possono essere raggruppati a livello individuale, organizzativo e professionale. In riferimento al livello individuale, i principali aspetti che emergono dalla ricerca sono la presenza di una buona capacità di adattamento e un forte investimento nella professione. Sono elementi che hanno sostenuto la motivazione degli operatori — alcuni di loro hanno utilizzato il termine «vocazione» per definire la relazione con il proprio lavoro — e hanno consentito di acquisire nuove competenze, da spendere in ambito professionale. Sostenere la motivazione degli operatori e il loro investimento è un tema che si connette con gli aspetti supportivi che possono essere valorizzati a livello organizzativo e professionale. Un primo aspetto rilevante, in linea con quanto emerge dalla letteratura (De Kock et al., 2021), riguarda la presa in carico delle esigenze primarie degli operatori, innanzitutto

garantendo il più possibile la sicurezza nel luogo di lavoro, attraverso un'adeguata (per quanto possibile) fornitura di DPI. Oltre a questo, è stato importante saper accogliere molteplici esigenze individuali, come quelle connesse alla cura dei figli o di altri familiari fragili; pensiamo, ad esempio, alla possibilità di trasferirsi in un alloggio «protetto» descritta da un'operatrice, che si è sentita più sicura perché, restando a casa, temeva di poter contagiare la propria madre anziana. Si tratta di elementi che possono sembrare poco rilevanti, ma vengono letti dai professionisti come segnali di riconoscimento di un ruolo importante e del proprio impegno e per questo rafforzano la loro motivazione.

Un altro aspetto interessante, coerente con quanto emerso dalle ricerche condotte in altri Paesi (Vanhaecht et al., 2021), è una certa riluttanza degli operatori ad avvalersi di un aiuto psicologico da parte di professionisti. La maggior parte ha dichiarato di aver tratto la forza per andare avanti prevalentemente dal sostegno offerto dai partner, dagli amici e dagli stessi colleghi di lavoro, oppure di aver trovato la forza in se stessi o nella propria fede religiosa. Offrire agli operatori la possibilità di rielaborare l'accaduto, sia nella narrazione condivisa che attraverso percorsi individuali, è un tema centrale nella letteratura internazionale (Kinman, Teoh e Harriss, 2020). Dai dati di ricerca, tuttavia, questo tipo di intervento, pur essendo stato considerato e, in molti casi, proposto, non è stato riconosciuto come utile da molti operatori. Il dato sarebbe da approfondire, in quanto si è trattato di percorsi avviati in un periodo di emergenza, da realizzare telefonicamente oppure online, in una fase in cui gli operatori erano molto concentrati sugli aspetti operativi. Potrebbe essere utile esplorare meglio il tema, considerando gli interventi di sostegno psicologico e di supervisione che vengono offerti come accompagnamento ai professionisti, non soltanto in tempo di emergenza.

Rimanendo a livello organizzativo e di sistema, è possibile riflettere sui temi della comunicazione e del dialogo (Ripp, Peccorale e Charney, 2020): si tratta di tematiche articolate, che si declinano in una dimensione interna, relativa al gruppo degli operatori e al rapporto tra questi e il livello manageriale, oltre che nei confronti degli ospiti, e in una dimensione rivolta all'esterno, nei confronti dei familiari e della comunità territoriale. Inoltre, data la situazione inedita ed emergenziale, la dimensione comunicativa è connessa anche alle indicazioni operative che arrivavano dall'esterno, a partire dalle note ministeriali, poi declinate a livello regionale, che dovevano essere adattate al contesto locale e trasmesse agli operatori e ai familiari. L'importanza cruciale della comunicazione e dell'informazione è sottolineata da diversi autori (Arlotti e Ranci, 2021b); ciò che è emerso dalla ricerca è stata la difficoltà di mantenere aperti i canali comunicativi utilizzando un approccio dialogico e il più possibile paritario, in quanto, dato il contesto emergenziale, era indubbiamente più semplice seguire uno schema lineare, in cui i livelli inferiori si limitavano ad applicare le direttive dei livelli superiori. Laddove si è riusciti a mantenere aperta la comunicazione tra tutti i livelli operativi e a condividere il più possibile i percorsi decisionali, gli operatori si sono sentiti maggiormente riconosciuti e partecipi di un'impresa comune.

Il confronto e il dialogo, per quanto emerso dalla ricerca, sono stati i principali strumenti che hanno consentito di affrontare i costanti dilemmi che si sono presentati, anche su un piano etico, e solo attraverso il dialogo è stato possibile adattare alla speci-

fica realtà le indicazioni provenienti dai protocolli nazionali e regionali. L'applicazione delle regole e dei protocolli, infatti, si è rivelata un elemento critico, anche in presenza del supporto specialistico. Si tratta sempre, infatti, di adattare dei percorsi standardizzati alla specifica realtà che occorre gestire, in cui sono presenti peculiari caratteristiche strutturali, specifiche risorse e diversi limiti. Questo nella consapevolezza di dover comunque rendere conto, in maniera costante e trasparente, delle scelte effettuate. Attraverso l'esperienza pratica e il dialogo con i colleghi, gli operatori riconoscono di avere acquisito nuove abilità, in particolare rispetto alla gestione delle emergenze. In tal senso, l'opportunità di aprire tavoli di confronto e riflessione coinvolgendo tutti i professionisti potrebbe consentire di sistematizzare le competenze operative acquisite, di individuare precocemente nodi critici e di mettere a sistema buone prassi. Tali elementi contribuiscono a creare un contesto di lavoro supportivo nel suo complesso (Vanaecht et al., 2021), che si configura come un elemento centrale, spesso determinante nelle situazioni di crisi.

Gli elementi organizzativi sopra descritti si connettono in modo indissolubile con il livello professionale. Nell'operatività, infatti, creare un ambiente supportivo significa mettere a sistema gli elementi che emergono come facilitanti in questo senso: valorizzare gli apprendimenti che i professionisti hanno acquisito durante la pandemia; investire sulla supervisione, sul supporto psicologico e quello tra pari; valorizzare il lavoro di équipe, il confronto costruttivo tra colleghi e tra strutture differenti, con l'obiettivo di promuovere uno scambio di buone prassi, e riconoscere l'importanza della comunicazione positiva tra operatori, ospiti e familiari. In riferimento a questo ultimo aspetto, un dato molto interessante, emerso nell'analisi trasversale delle interviste, è che tutti gli operatori, compresi i coordinatori, hanno dichiarato di aver trovato la forza per affrontare la situazione negli ospiti e, viceversa, gli ospiti hanno affermato di aver tratto la forza per andare avanti dagli operatori. Appare centrale, quindi, il valore della relazione, intesa come scambio paritario: l'immagine non è quella della cura in senso unidirezionale, ma si potrebbe affermare che, mentre gli operatori forniscono assistenza, gli ospiti aiutano gli operatori ad aiutarli meglio. Si può parlare di una reciproca preoccupazione e condivisione di una condizione comune, per cui si diventa molto importanti gli uni per gli altri. Questa relazione appare come un elemento che, nonostante l'assenza di gesti di affetto e vicinanza fisica, non si è cancellato, probabilmente perché era stata costruita in maniera solida prima della pandemia.

Limiti della ricerca e sviluppi futuri

I risultati che derivano dalla ricerca vanno letti alla luce dei limiti intrinseci alla ricerca qualitativa, i cui esiti non si prestano a generalizzazioni. Servono a ricostruire i vari generi di esperienze, di criticità e di punti di forza, ma non forniscono informazioni riguardo a quanto tali esperienze siano presenti nel territorio nazionale più ampio. Un altro limite deriva dalla scelta degli intervistati (operatori, familiari e ospiti), effettuata dal coordinatore di struttura; questo potrebbe aver indotto una selezione in cui le opinioni critiche verso la struttura e la gestione dell'emergenza risultano

sottorappresentate. Anche la composizione del campione risente delle modalità di scelta degli intervistati; infatti è presente un solo infermiere, a fronte di otto operatori socio-assistenziali. Questo non consente di esplorare l'eventuale diversa percezione del benessere/malessere rispetto allo specifico professionale.

Essendo una ricerca esplorativa, ulteriori studi possono approfondire gli spunti operativi forniti, per implementare dei miglioramenti dal punto di vista organizzativo all'interno delle strutture residenziali e per promuovere lo sviluppo delle competenze professionali che risultano favorire il benessere degli operatori.

Abstract

The health emergency has had a significant impact on residential care homes. Attention was focused on the high number of infections and deaths, while less attention was paid to the pandemic's consequences on the work of the professionals and their experiences. The study involved seven Residential care homes in the North of Italy. The research's general purpose was to understand the consequences of the pandemic on elderly people in care homes, their families, and professionals. Within this broader purpose, it was possible to ascertain the experiences of care workers during the first wave of the pandemic and which elements supported them in that period. The research followed a qualitative approach. Forty-four semi-structured interviews with managers, staff, residents and family members were carried out. The research findings could help social workers and residential care home managers identify operational paths aimed at promoting professionals well-being and implementing preventive measures.

Keywords

Residential care homes – Covid-19 Pandemic – Gerontological Social Work – Social workers well-being – Long-term care.

Bibliografia

- Amnesty International (2020), *Abbandonati. Violazione del diritto alla vita, alla salute e alla non discriminazione delle persone anziane nelle Strutture sociosanitarie e socioassistenziali durante la pandemia in Italia*, <https://www.amnesty.it/abbandonati-il-rapporto-sulle-violazioni-dei-diritti-umani-nelle-case-di-riposo-italiane-durante-il-covid-19/> (consultato il 5 dicembre 2022).
- Arlotti M. (2018), *Governance multi-livello e stratificazione viziosa: le politiche per gli anziani non autosufficienti nel caso italiano*, «Autonomie Locali e Servizi Sociali», n. 1, pp. 53-69.
- Arlotti M. e Aguilar Hendrickson M. (2016), *Le politiche per gli anziani non autosufficienti in Italia e Spagna: assetti ed evoluzioni nel corso del periodo più recente*, «Economia & Lavoro», n. 3, pp. 47-64.
- Arlotti M. e Ranci C. (2020), *Un'emergenza nell'emergenza. Cosa è accaduto alle case di riposo del nostro paese*, «SOS Sanità», <http://www.sossanita.org/archives/10589> (consultato il 5 dicembre 2022).

- Arlotti M. e Ranci C. (2021a), *Le politiche di long-term care di fronte alla pandemia: l'impatto sulle residenze per anziani*, «Politiche Sociali», n. 2, pp. 327-348.
- Arlotti M. e Ranci C. (2021b), *Navigare al buio. Politica e conoscenza nella gestione dell'emergenza Covid-19 nelle residenze per anziani*, «Rassegna Italiana di Sociologia», n. 1, pp. 66-102.
- Arlotti M., Parma A. e Ranci C. (2020), *Residenze per anziani e carenza di personale. Un'ulteriore emergenza nell'emergenza pandemica*, «Welforum», 30 dicembre, <https://welforum.it/residenze-per-anziani-e-carenza-di-personale/> (consultato il 5 dicembre 2022).
- Banks S., Cai T., De Jonge E., Shears J., Shum M., Sobocan A.M., ... e Weinberg M. (2020a), *Practising ethically during COVID-19: Social work challenges and responses*, «International Social Work», vol. 63, n. 5, pp. 569-583.
- Banks S., Cai T., De Jonge E., Shears J., Shum M., Sobocan A.M., Strom K., Truell R., Úriz M. J. e Weinberg M. (2020b), *Ethical challenges for social workers during Covid-19: A global perspective*, Rheinfelden, CH, International Federation of Social Workers.
- Bortoli B. e Folgheraiter F. (2001), *Voce di dizionario «Lavoro Sociale»*, «Lavoro Sociale», vol. 1, n. 1, pp. 121-128.
- Carmassi C., Foghi C., Dell'Oste V., Cordone A., Bertelloni C. A., Bui E. e Dell'Osso L. (2020), *PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: what can we expect after the COVID-19 pandemic*, «Psychiatry Research», n. 292, doi: 10.1016/j.psychres.2020.113312.
- CERGAS – Bocconi (a cura di) (2020), *Rapporto OASI 2020. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano*, Milano, Egea.
- De Kock J.H., Latham H.A., Leslie S.J., Grindle M., Munoz S.A., Ellis L., ... e O'Malley C.M. (2021), *A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being*, «BMC Public Health», vol. 21, n. 1, pp. 1-18.
- Fosti G. e Notarnicola E. (a cura di) (2018), *L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care: 1° Rapporto Osservatorio Long Term Care*, Milano, Egea.
- Gori C. e Gubert E. (2021), *L'indennità di accompagnamento*. In NNA – Network Non Autosufficienza (a cura di) (2021), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7° Rapporto 2020/2021. Punto di non ritorno*, Santarcangelo di Romagna (RN), Maggioli, pp. 83-100.
- Kinman G., Teoh K. e Harriss A. (2020), *Supporting the well-being of healthcare workers during and after COVID-19*, «Occupational medicine», vol. 70, n. 5, pp. 294-296.
- Kusmaul N., Bern-Klug M., Heston-Mullins J., Roberts A.R. e Galambos C. (2020), *Nursing home social work during COVID-19*, «Journal of Gerontological Social Work», vol. 63, n. 6-7, pp. 651-653.
- Lusardi R. e Piras E.M. (2018), *Collaborazione e coordinamento nelle pratiche di cura: forme emergenti di relazione tra pressioni istituzionali e accordi informali*, «Studi di Sociologia», n. 4, pp. 385-394.
- Marocchi G. e Pasquinelli S. (2020), *Covid nelle RSA: la strage silenziosa*, «Welforum», 2 aprile, <https://welforum.it/il-punto/emergenza-coronavirus-tempi-di-precarjeta/tempi-di-precarjeta/covid-nelle-rsa-la-strage-silenziosa/> (consultato il 5 dicembre 2022).
- Marvaldi M., Mallet J., Dubertret C., Moro M. R. e Guessoum S. B. (2021), *Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis*, «Neuroscience & Biobehavioral Reviews», vol. 126, pp. 252-264.
- Maslach C. e Jackson S. (1986), *Maslach Burnout Inventory Manual*, 2nd ed., Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press.
- Neri S. (2020), *Quando i nodi vengono al pettine. La sanità italiana nella pandemia*, «Autonomie Locali e Servizi Sociali», n. 2, pp. 231-237.
- OECD (2020), *Who cares? Attracting and retaining care workers for the elderly*, OECD Health Policy Studies, Paris, OECD.

- Olivetti Manoukian F. e Tarchini V. (2020), *Sofferenze organizzative e intersoggettive nei servizi di cura per le persone anziane*, «I luoghi della cura», 9 giugno, <https://www.luoghicura.it/operatori/strumenti-e-approcci/2020/06/sofferenze-organizzative-e-intersoggettive-nei-servizi-di-cura-per-persone-anziane/> (consultato il 5 dicembre 2022).
- Peinado M. e Anderson K.N. (2020), *Reducing social worker burnout during COVID-19*, «International Social Work», vol. 63, n. 6, pp. 757-760.
- Raineri M.L. (a cura di) (2021), *Assistente sociale domani. Vol. 1 Letture scelte per la preparazione all'esame di Stato – sez. B*, nuova ed., Trento, Erickson.
- Ravalier J.M., McFadden P., Boichat C., Clabburn O. e Moriarty J. (2021), *Social worker well-being: A large mixed-methods study*, «The British Journal of Social Work», vol. 51, n. 1, pp. 297-317.
- Ripp J., Peccoraro L. e Charney D. (2020), *Attending to the emotional well-being of the health care workforce in a New York City health system during the COVID-19 pandemic*, «Academic Medicine», vol. 95, n. 8, pp. 1136-1139.
- Sala E. (2010), *L'intervista*. In A. De Lillo (a cura di), *Il mondo della ricerca qualitativa*, Torino, Utet, pp. 78-104.
- Vanhaecht K., Seys D., Bruyneel L., Cox B., Kaesemans G., Cloet M., ... e Claes S. (2021), *COVID-19 is having a destructive impact on health-care workers' mental well-being*, «International Journal for Quality in Health Care», vol. 33, n. 1, doi: 10.1093/intqhc/mzaa158.

Avancini G. e Corradini F. (2022), *Il benessere (e il malessere) degli operatori socio-sanitari nelle strutture protette per anziani durante la pandemia. Riflessioni da una ricerca qualitativa*, «Lavoro Sociale», vol. 22, suppl. al n. 6, pp. 31-48, doi: 10.14605/LS114