

Prevenzione dei maltrattamenti e promozione della bientraitance ai tempi del Covid

Il senso dell'agire "con" e "per" un altro individuo è uno dei fondamenti delle professioni di cura. Una deprivazione del senso dell'agire può generare insoddisfazione e demotivazione negli operatori, accrescendo anche il rischio di burnout, di spersonalizzazione dell'utenza e di maltraitance ordinaire. Le autrici presentano alcune riflessioni relative al percorso di ricerca condotto negli ultimi 7 anni in diverse RSA su alcuni temi tra cui le dinamiche relazionali con gli anziani assistiti, i contesti lavorativi, le pratiche quotidiane e le interazioni di cura rese, nell'ultimo anno, ulteriormente complesse dalla pandemia.

Di Luisa Lomazzi (Professoressa al Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale, SUPSI Manno), Rita Pezzati (Professoressa al Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale, SUPSI Manno), Carla Sargenti (Docente e ricercatrice senior, SUPSI Manno), Sara Di Salvatore (Psicologa, Ginco Società Cooperativa Sociale Onlus)

La prevenzione dei maltrattamenti e la promozione della *bientraitance* nelle RSA sono state al centro di un appassionante e coinvolgente percorso intrapreso negli ultimi sette anni con diverse strutture¹. L'irrompere del Covid 19 ha travolto la *routine* e interrotto i percorsi evolutivi mettendo a nudo la filigrana identitaria (valori di riferimento, clima e cultura organizzativa, prontezza di risposta e flessibilità di fronte agli eventi, vicinanza/distanza relazionale, ecc.) di ciascun contesto.

Bientraitance

Dal lavoro svolto in questi anni abbiamo raccolto un prezioso e vasto spaccato di vissuti, mentalità e sentimenti che permeano la quotidianità lavorativa, che ci restituisce l'impegno, le fatiche, le soddisfazioni e gli investimenti che gli operatori mettono in campo nell'incontro con le persone anziane. **Nell'ottica della *bientraitance* il clima culturale di ciascun contesto rappresenta la base attraverso cui si declinano scelte e modalità di accoglienza, cura e accompagnamento**, che influenzano lo stile di vita di una struttura a vari livelli; sicuramente rispetto all'evoluzione del significato dell'invecchiare e dei diversi modi dell'essere anziano, ma ancor più nello sviluppo di un modello di accompagnamento condiviso, dinamico e personalizzato, attento ad accogliere le individualità nel loro divenire, che sappia rimodularsi continuamente verso la cultura *bientraitante* a tutti i livelli (organizzativo, di offerta, clinico, relazionale, di socializzazione, ecc.).

Questo approccio mira a ri-situare i comportamenti di ognuno nel suo contesto al fine di identificarne il significato ed evidenziare il processo che può portare a fenomeni di *maltraitance ordinaire* e di maltrattamento e s'inscrive in una pratica costante di negoziazione tra i diversi attori implicati (la persona anziana e la sua famiglia, gli operatori, l'istituzione e l'ambiente in cui sono inseriti) e le dinamiche che li legano.

Per meglio orientarci nella rilettura dell'esperienza della pandemia attraverso la *bienveillance* e la *malveillance ordinaire* partiamo dai principali elementi concettuali, imprescindibili per affrontare queste tematiche, da alcuni spaccati di realtà pre-Covid:

- “La *bienveillance* si traduce in una cultura che ispira le azioni individuali e le relazioni collettive all'interno di un servizio o un'istituzione. Mira a promuovere il benessere dell'utente mantenendo viva l'attenzione al rischio di maltrattamento. ...si caratterizza nella ricerca permanente e continua d'individuazione e personalizzazione della prestazione. La sua concretizzazione è possibile solamente attraverso lo scambio continuo tra tutti gli attori coinvolti.” (ANESM, 2008, libera traduzione).
- “La *malveillance ordinaire* è quel tipo di maltrattamento che s'insinua in modo impercettibile nella quotidianità di una struttura, è caratterizzata da “piccoli” gesti di negligenza che portano la persona a non sentirsi considerata ma trascurata e a volte anche invisibile.” (Compagnon, Ghadi, 2009, libera traduzione)
- Maltrattamento: “Si ritiene solitamente che l'abuso sugli anziani possa essere costituito da un atto commesso oppure omesso (in questo caso si parla solitamente di “incuria”), e che possa essere intenzionale o non intenzionale. L'abuso può avere natura fisica, psicologica (e comportare aggressione emotiva o verbale), o riguardare un maltrattamento di tipo economico o di altra natura. A prescindere dalla tipologia, esso determinerà comunque una sofferenza inutile, danno o dolore, perdita o violazione dei diritti umani e una ridotta qualità di vita per l'anziano. Il comportamento viene definito abusivo, di incuria o di sfruttamento in base alla frequenza, alla durata, alla gravità del maltrattamento, alle sue conseguenze nonché, soprattutto, al contesto culturale.” (OMS, 2002).

Fonte: elaborazioni degli autori

Box 1 – Definizioni

La *bienveillance*, centrata sul rispetto incondizionato della persona e della sua autodeterminazione, è una dinamica che reinterroga in modo continuo le pratiche professionali e le modalità di accompagnamento delle persone anziane. Gli elementi che la compongono interessano diversi aspetti della professionalità: le competenze, i fondamenti etici e deontologici, la consapevolezza delle proprie azioni nella logica di appartenenza all'équipe, la tutela e l'attenzione all'altro e al massimo rispetto della sua dignità.

All'interno di un'interazione di cura, la qualità della relazione interpersonale tra chi cura e chi è curato necessita di un continuo riadattamento da parte del curante rispetto a quello che percepisce essere la necessità fisica, emotiva e relazionale del suo curato. Chi cura, a sua volta, è tenuto a riadattare per ogni persona il modo specifico con il quale offre la sua risposta. Risposta che si modula su diversi piani: assistenziale concreta, emozionale e relazionale. La modalità relazionale del curante è il modo in cui si approccia a chi necessita di una risposta, incontrandola su un piano di parità umana. Quest'ultima è fatta dalla sua personalità e temperamento, del suo bagaglio formativo e quindi di consapevolezza di ciò che mette in campo e della situazione lavorativa in cui si trova.

Situazioni di sovraccarico di lavoro, un clima di lavoro malsano, il contatto costante con il declino dell'invecchiamento e con la morte elevano esponenzialmente il rischio di sofferenza che travalica la capacità di controllo. Questo può sfociare in agiti

guidati da intolleranza, fastidio, irritabilità o dalla perdita di capacità di sopportare un dolore diverso per sé, in un ruolo sempre più coinvolgente e gravido di responsabilità. In situazioni come queste è importante conoscere il concetto di *maltraitance ordinaire* (Lomazzi e Sargenti, 2020) ed essere in grado di leggerne i segni al fine di poterli evitare/smantellare a favore di un orizzonte culturale *bientraitant*.

Maltraitance ordinaire e maltrattamento

La *maltraitance ordinaire* non si manifesta tramite atti eclatanti e chiaramente definiti, ma si può presentare in svariate situazioni quotidiane, quali, ad esempio: **insufficiente valorizzazione delle risorse della persona anziana e della sua autonomia, cure frettolose, orari di vita inadeguati, scarsa attenzione al bisogno di ascolto e banalizzazione delle richieste, attitudine comunicativa poco attenta e sensibile** (parole, tono, modo, linguaggio non consoni alle capacità cognitive della persona) e così via. Non vanno dimenticati alcuni comportamenti messi in atto da operatori, familiari e conoscenti **“per il bene di...”**: si pensi, in particolare a tutte le situazioni di mancanza di rispetto del principio di autodeterminazione della persona come modalità di attenzione ambiguamente protettiva verso chi è fragile e purtroppo considerato a partire dalle scarse risorse.

Ulteriore attenzione va posta a situazioni di crescente pressione istituzionale, dettata da una *routine* di regole, limiti e abitudini vissuti e subiti dalle persone residenti, che può venire interiorizzata dalle stesse come una “norma”, portandole quindi ad adottare comportamenti passivi, o addirittura ad autocensurarsi o sentirsi inadeguati. Tutte queste situazioni costituiscono un grande rischio per le équipes poiché, quando il livello di attenzione non è più sensibile e reattivo alle mancanze, si può giungere ad un'accettazione quasi passiva di prestazioni di bassa qualità e conseguentemente alla banalizzazione del gesto di cura, con un grave impatto sulla qualità della vita di tutti gli attori coinvolti.

Nella nostra esperienza, **la percezione del maltrattamento, che ci riguarda tutti, nessuno escluso**, risulta essere differenziata a seconda degli operatori coinvolti, dei loro vissuti ed esperienze, dei diversi livelli di competenza e sensibilità, oltre che dalle culture e dagli stili di *management* presenti nelle strutture (Box 2).

All'interno dei servizi ci si può trovare di fronte alla coesistenza di:

- operatori con conoscenze, attenzioni e sensibilità, decisamente raffinate, che rispecchiano bene il modello della *bientraitance*, con soglie di tolleranza indiscutibilmente elevate già nei confronti della *maltraitance ordinaire*: "Quando non ci si prende il tempo per ascoltare e considerare ciò che stanno vivendo gli anziani a livello emotivo", "Cure nella cui definizione non partecipa il residente";
- operatori, in particolare dei servizi riabilitativi e di animazione, che mostrano una raffinata capacità di cogliere elementi di *maltraitance ordinaire* e di maltrattamento, ma affrontano la situazione solo con il diretto interessato, impedendo una riflessione condivisa e il conseguente miglioramento: "Capita che operatori parlino tra loro senza coinvolgere l'ospite. Ho preso da parte la persona e gliel'ho fatto notare spiegandole il motivo per cui non era adeguato", "Una collega ha risposto in modo inadeguato ad un residente. Ho affrontato la situazione direttamente con lei, ma non ho segnalato l'accaduto";
- operatori che mostrano di conoscere e riconoscere bene le componenti maltrattanti, ma dichiarano, talvolta con sofferenza, la loro difficoltà nel condividerli/denunciarli: "Ho visto una collega imboccare un anziano in modo inadeguato ed è stato duro. Non ci sono state conseguenze perché io non l'ho detto. So che non è giusto ma non me la sono sentita di avere contrasti con lei", "Risposte aggressive del tutto inutili durante l'igiene, mancanza di tatto e di educazione in generale. Lavorando da poco, mi sono limitata ad osservare, mio malgrado, con disappunto";
- altri che ne vedono la gravità e le implicazioni, ma concettualmente vogliono trovare termini, definizioni che ne attutiscano la portata: "Non prendere in considerazione quello che dice l'ospite e non ascoltarlo. È un comportamento che mi spiace vedere e mi spiace per l'ospite. Definirlo maltrattamento è troppo, più che altro è mancanza di tatto"; ad altri ancora, che ne vedono solo alcuni tratti, sminuendo pericolosamente l'evidente gravità dell'episodio: "Fare fretta all'anziano, dare una piccola sberla";
- fino a chi sembra essere del tutto inconsapevole di aspetti maltrattanti: "A volte, non è un maltrattamento, ma ad esempio rispondere: Mi ha chiamata un'infinità di volte, ora basta! La faccia nel pannolone".

Fonte: elaborazioni degli autori
Box 2 - *Maltraitance ordinaire* e maltrattamenti: diverse sensibilità

Nel tratteggiare la complessità del fenomeno, non vanno dimenticati eventi riguardanti persone che esulano dai collaboratori delle RSA: "L'anziano non cammina, ma i parenti lo fanno camminare forzandolo", "Un maltrattamento verbale da parte di parenti e dal medico curante di un ospite", ma anche episodi subiti dai curanti stessi nell'interazione con le persone anziane o le stesse modalità di gestione adottate dalle singole strutture: "Molti problemi non vengono affrontati, ci sono molti conflitti interni che continuano ad insorgere nel tempo, portando il personale ad essere stressato e stanco", "Manca tanto buon senso, pazienza e soprattutto collaborazione tra tutti noi; c'è tanto egoismo".

Il tema del maltrattamento, assieme ai vissuti, alle emozioni, alle sollecitazioni, fa emergere anche le fatiche, i dilemmi, i quesiti etici e le contraddizioni tipiche delle situazioni complesse, con cui si confrontano nella quotidianità gli operatori e a cui sono particolarmente esposte le figure meno formate e i contesti che non hanno esplicitamente investito nella costruzione di

un modello valoriale e culturale condiviso, che sappia orientare gli atti, i gesti e le interazioni nel quotidiano. Da qui l'indispensabilità di riflessioni collettive a livello di *équipe*, che aiutino tutti ad affinare le proprie sensibilità, a far emergere ed elaborare le emozioni e contribuiscano alla ricerca di soluzioni sempre più adeguate. Inoltre pare altrettanto impellente dotare le figure quadro di strumenti metodologici e relazionali idonei a riconoscere, affrontare e prevenire questi eventi.

Da ultimo, ma non ultimo, ci pare indispensabile che le strutture lavorino sul **principio di corresponsabilità, del sentirsi cioè tutti direttamente responsabili dell'agire e interagire in RSA**, nel rispetto dei valori e degli obiettivi comuni, senza con ciò modificare la dimensione gerarchica e le competenze e responsabilità individuali dei diversi ruoli professionali. È una sfida che richiede di rompere gli schemi di appartenenza (al singolo reparto/servizio o ai diversi gruppi professionali) per agire in una logica di *équipe* dell'intera struttura, superando quella mentalità in cui ciascun collaboratore opera con lo sguardo rivolto unicamente a sé (*"Sono gentile e rispettosa e sono tranquilla per come lavoro, il collega dovrà rispondere per il proprio comportamento e modo di lavorare"*), non assumendo la necessaria visione d'insieme, presupposto alla co-costruzione quotidiana di una vita ricca di senso e di qualità in comunità.

Il Covid 19

A partire dalla prima fase pandemica abbiamo avuto l'occasione di restare in contatto con tante persone che, a diverso titolo, danno vita al complesso **mondo delle RSA**. In questa fase i collaboratori e i residenti, hanno vissuto, assieme alle persone a loro vicine, gli esiti di una situazione di repentina perturbazione profonda della vita quotidiana e l'impatto delle misure utilizzate per la loro salvaguardia, a partire dalle ormai ben note e comuni criticità iniziali (non conoscenza del virus e dei suoi effetti, confusione iniziale, difficoltà di approvvigionamento di DPI, scarsità di informazioni, messa a punto/aggiornamento di procedure e protocolli, continui cambiamenti organizzativi, esposizione al rischio di contagio o percezione della stessa, carenza di personale causa assenze per quarantena, fiduciaria e non, malattia, dimissioni, ecc.). Mantenere centrali le nostre due chiavi di lettura, con l'irrompere del Covid 19, ci ha inizialmente fatto vivere un sentimento di inopportunità, ma il **legame costante con i diversi attori delle strutture ci ha invece confermato l'imprescindibilità dell'esigenza di interrogarci, proprio in questo momento, su cosa significhino maltrattamento, *maltraitance ordinaire* e *bienveillance***.

Per gli operatori, l'impatto del Covid è risultato destrutturante, rispetto all'orizzonte di *bienveillance* nel quale un buon numero di strutture si orientavano (evoluzione culturale, presa in carico e accompagnamento delle persone residenti) e travolgente, rispetto alle pratiche e alle interazioni vissute fino a quel momento: la pandemia ha stravolto da un giorno all'altro, priorità, organizzazione, atti, gesti, vicinanza, ... L'urto del Covid, con le sue morti, sofferenze, solitudini, distacchi, paure e preoccupazioni, ha naturalmente impattato duramente sulle persone residenti e sui loro cari. Come vedremo qui di seguito, nel corso della prima fase, l'attitudine emotiva, affettiva, creativa di molti operatori, incarnando il valore della centralità della persona, ha spesso permesso di ammortizzarne l'impatto.

Non solo **la vita quotidiana delle persone residenti e dei loro congiunti è profondamente cambiata con il Covid**; anche gli operatori hanno dovuto sostenere tanti cambiamenti, rinunce, incomprensioni: *"È stato un periodo stressante per la continua oscillazione tra le richieste estremamente rigide delle normative e l'opposta flessibilità nel lavoro e nei rapporti con i residenti"*, *"Ho vissuto tre mesi lontano dai miei cari e dalla mia casa, in una stanza d'albergo, per cercare di proteggere tutti"*, *"Il luogo di lavoro è diventato il luogo di vita, la priorità assoluta rispetto alla vita privata, ha assorbito tutte le mie energie"*, *"Ho vissuto malissimo, con la paura di non fare abbastanza. La stanchezza fisica di turni infiniti. Le accuse dei familiari che non capivano che stavamo dando il massimo, trascurando noi stessi e le nostre famiglie per i loro cari. E fuori nessuno ti capiva. Ho vissuto questo periodo di adrenalina e voglia di lavorare, aiutare. Era una specie di sfida contro questo virus. Purtroppo per metà ha vinto lui, ma ero piena di energia, con momenti di sconforto (decessi), l'impotenza contro questo virus, dare il massimo, anche se il massimo non bastava"*, *"È stato davvero difficile da affrontare, vedere i residenti stare male ed essere impotenti perché non si conosce il virus. Purtroppo mi sono ammalata e non ho potuto aiutare e sostenere i residenti, i colleghi e i familiari da vicino. Sono convinta che affrontare un'esperienza come questa lasci davvero*

un segno nella vita e nella professione”.

1? ondata: guerra, paura, fatica

I racconti relativi alla prima fase, raccolti nel corso della “tregua” estiva, ci parlavano di guerra, paura e fatica: *“È stata tosta, per me il periodo peggiore della mia vita, vorrei dimenticarlo. Distrutti, stanchezza... è stata una cosa come la guerra... è ancora presente... paura di ricominciare da capo”*. Gli operatori erano diffusamente segnati da un sentimento di fatica a due facce: fisica ed emotiva. Questa grande fatica era certamente dovuta ad un significativo aumento del carico di lavoro (turni di 12 ore, applicazione protocolli Covid, ecc.) appesantito dall'ulteriore fatica del lavorare con le protezioni previste e dalla flessibilità richiesta dagli importanti continui cambiamenti organizzativi, nonché dalla significativa acquisizione di responsabilità individuale e collettiva.

La fatica emotiva prendeva forma in modo molto soggettivo rispetto alla percezione della paura, dell'incertezza e dell'impotenza: *“...periodo difficile, stressante, che creava stanchezza e difficoltà di concentrazione. A tratti ho lavorato con il timore di potermi ammalare e di conseguenza contagiare i miei familiari e gli anziani”, “Un periodo angosciante, ci ha tolto socializzazione, mi ha tolto un abbraccio dei miei figli. Nel lavoro era terribile, angosciante, all'improvviso ci ha portato via i nostri residenti e abbiamo vissuto anche la sofferenza dei loro familiari”, “Apprensione e senso di responsabilità”*.

Dolore e morte

Il vissuto del morire di Covid, con il corpo negato, merita un approfondimento perché va ad impattare in modo importante su come l'inizio dirompente della pandemia abbia investito la relazione fra operatori, residenti e familiari. L'hanno vissuto tutti in modo diverso, i residenti separati dai loro affetti, i familiari in un'esclusione dolorosamente forzata, i curanti in una doppia presenza, di curante professionalmente impotente di fronte al morire di Covid e di “sostituto”, nell'obbligata assenza dei congiunti, in una vicinanza affettuosa.



Figura 1 Immagine scattata dalle autrici all'esterno di una RSA

Tra le persone che abbiamo incontrato si possono identificare tre grandi categorie di vissuto della morte in funzione, oltre che della soggettività, della cultura organizzativa delle diverse strutture: dal soffrire per la morte di Covid di ogni specifico

residente, nella sua unicità e storia della sua relazione con i curanti in RSA, alla morte da Covid indistinta fatta di tanti "sacchi neri", alla "non presenza della morte" perché non raccontabile: *"Vivevi male tante cose... pensiero oddio li perdiamo tutti... uno, due morti al giorno, paura che morissero tutti... La velocità. È stato qualcosa di improvviso inaspettato, impotenza. Pensiero di non essere al proprio posto quando serve. Senso di colpa: l'avrò portato dentro io?", "Non facevamo in tempo a vivere il lutto... tre in un giorno, due il giorno dopo, non c'è stato il tempo di realizzare... anche cancellare il nome sul file, metterlo nei disattivi era pesante... brutto anche entrare nella camera vuota per sanificare, portar via le cose personali... viene il magone... ti tocca... la velocità della cosa impressionante... molto spersonalizzante. Erano le loro regole. Senza dignità, portati via in pigiama, sacco, cassa. Pelle d'oca...ma era la procedura", "Mi è mancato il saluto ai residenti... È rimasto qualcosa in sospeso..."*.

La chiave di lettura più utilizzata per misurare e raccontare la fatica e la sofferenza degli operatori nella letteratura fiorita fin dai primi mesi della pandemia, è indubbiamente quella dello stress².

All'insieme di segni e sintomi che compongono abitualmente una situazione di stress, vogliamo segnalare un'ulteriore dimensione, che nel contesto socio-culturale attuale, non ci sembra sia stata presa sufficientemente in considerazione. Si tratta del dolore sordo, profondo dei curanti che hanno vissuto questi "strappi", e che, a differenza di quello delle persone residenti e dei loro familiari, non ha generato quella vicinanza che abitualmente si attiva nei confronti di chi sta vivendo un lutto.

Le morti a ripetizione che hanno colpito alcune RSA, l'andamento veloce della malattia nell'universale ignoranza iniziale della natura del virus, l'impossibilità dell'accompagnamento al fine vita di residenti e parenti, esperito prevalentemente come negazione di quell'umanizzazione della cura così fortemente acquisita, praticata e sentita in questi anni, ha portato a un racconto da parte degli operatori di un dolore omesso, non riconosciuto. Questa omissione, in un contesto profondamente centrato sulla costruzione di rapporti, spesso investiti affettivamente, tra operatori e persone residenti, ha ridotto la lettura del dolore dei curanti a un "normale lutto professionale", proponendo risposte di sostegno allo stress e non aiutandoli a riconoscere la propria sofferenza legata alla perdita dell'affetto vissuto, anche per conto dei familiari, in questo frangente. Dai riscontri raccolti, possiamo ipotizzare che l'omissione di questo dolore, accanto all'immagine delle RSA restituita dai media, possa essere stata vissuta come una forma di maltrattamento nei confronti degli operatori.

Un'ambivalenza viva e salvifica

Questo periodo ha fatto emergere negli operatori vissuti emotivamente carichi, dentro un'ambivalenza: da un lato tanta fatica, sofferenza e dolore rispetto a quanto esperivano, dall'altro la potenza di un nuovo modo di sostenersi e relazionarsi tra di loro, con le persone residenti e con diverse famiglie.

"L'esperienza è stata sì pesante da un punto di vista emotivo, ma arricchente umanamente e professionalmente", "Un periodo di lavoro che ha cambiato il quotidiano, lo stress e la quantità di lavoro moltiplicata, ma ho vissuto con i miei colleghi un periodo ricco di una buona collaborazione, di sollecitazioni e stimoli". Ancora nel mese di giugno questa "nuova" intensità nei rapporti tra colleghi era presente: "...mi mancava l'odore di disinfettante di quel periodo, come se fossi rimasta legata al periodo Covid emotivamente... perché non dovevi dimostrare chissà che cosa, bastava esserci. Tutti sapevano cosa fare, c'era una piena condivisione, avevi tempo di ascoltare anche le tue emozioni. Mi sono sentita persa quando siamo tornati alla normalità, in quel periodo c'è stato grande rispetto dell'altro, dell'emotività, delle debolezze e della forza delle persone".

Forse mai come nella prima fase, c'è stata una risposta collettiva e condivisa da parte dei curanti e non, nell'essere attenti a offrire alle persone residenti una personalizzazione raffinata, effettivamente *bien traitante*: *"Si riusciva ad assecondare qualche bisogno in più. Si entrava di più nelle camere per chiedere 'Come sta?' sapendo che nessun altro sarebbe andato a*

trovarlo", "Per loro eravamo punto di riferimento, più del solito... Alcuni erano più confusi a causa dell'isolamento in camera. Si cercava quindi di tranquillizzarli. Ci si sentiva più cercati", "Anche per noi in cucina attenzioni in più, pensavi all'anziano, pensavi ai loro gusti, cercavi di fargli piacere... cercavamo di fare tutto il possibile, anche il biglietto con cuoricini e un pensiero scritto a mano che andava sul vassoio e poi in camera. Abbiamo ricevuto anche riscontri dai residenti, anche i più scorbutici hanno risposto con biglietti di ringraziamento".

La protezione avvenuta attraverso l'isolamento delle persone residenti dai loro affetti e dalla vita sociale è stata quindi in molti casi un'occasione per scoprire nuove modalità di incontro, personalizzazione e conoscenza del residente e del suo mondo: *"È importante chiamare noi i familiari così sanno di essere pensati e importanti nel loro ruolo", "Con alcuni parenti la relazione è diventata più stretta, sembra aumentato il senso di fiducia, ci conosciamo di più".*

La centralità dell'incontro e della relazione, che supportano qualsiasi gesto e azione, restituisce un senso vitale e progettuale nell'individualità e nell'intersoggettività di ciascuno, si è rivelata, nel corso della prima fase, un importante fattore di protezione rispetto ai potenziali rischi di *maltraitance ordinaire* legati allo stress, alla paura, all'aggravio del carico di lavoro e all'incertezza del senso dei propri gesti (es. una vicinanza poteva generare contagio). Nei contesti in cui non è stata coltivata la consapevolezza della centralità dell'attenzione alla persona e alle relazioni, i potenziali rischi possono più facilmente essere emersi.

Tra gli ulteriori rischi, ci preme segnalare quello di un aumento dell'uso di antipsicotici, ipnotici e altri sedativi, in particolare nei casi di decadimento cognitivo, per garantire il rispetto delle distanze sociali e per far fronte alla carenza di personale (Velayudhan et al., 2020). In un'ottica di *bientraitance* le terapie non farmacologiche sono da adottare come strumento di prima linea (Pezzati et al., 2020) e applicate in modo metodologicamente corretto, si stanno rivelando, anche in questo frangente, un prezioso aiuto al benessere di residenti e curanti.

La 2ª ondata

Le due ondate evidenziano un'enorme e crescente stanchezza. Durante la prima ondata, tale stanchezza era controbilanciata da un dispiegamento di sovrappiù di forze, abitualmente ignorate, che nascevano dalla consapevolezza di partecipare, in modo coinvolto e cooperativo, all'eccezionalità di quella situazione. In questa seconda ondata, la stanchezza, privata dalla carica insita nel lottare, per la prima volta, contro il virus sconosciuto e dal forte e diffuso sostegno reciproco, si è appesantita di fatica e delusione e svuotata di energia e di fiducia.

Seppur ancora molto presente, il supporto tra operatori sembra essersi un po' sfilacciato. In questa fase gli operatori corrono il rischio di non avere la resistenza fisica e gli strumenti psicologici per riportare continuamente il loro agire dentro il significato vitale della relazione di cura. Una relazione equilibrata e professionale, che genera sicurezza, implica momenti in cui curante e curato hanno ruoli ben distinti. Parallelamente, la relazione in RSA è fatta anche di momenti in cui curato e curante sono alla pari, in un rapporto in cui il curante è totalmente empatico con il curato, ma sa recuperare la sua posizione di professionista (capacità di co-empatia). Spesso ci hanno raccontato come il dare e chiedere sostegno ai propri colleghi sia stato di grande supporto e consolazione, permettendo di sopportare, nella comprensione e condivisione, il peso di tutta questa situazione.

Inoltre, ormai da mesi, gli operatori sono sollecitati in un'iperattivazione dell'attenzione e della concentrazione costantemente richiesta dall'utilizzo corretto di presidi e comportamenti di prevenzione e protezione. Ciò sta facendo emergere, in talune situazioni, il rischio di spegnere la dimensione emotiva-affettiva nell'incontro tra operatori e anziani, elevando il rischio di *maltraitance ordinaire* poiché si perde il senso dell'agire con e per un altro individuo. Questa privazione di senso genera insoddisfazione e demotivazione negli operatori, accrescendo anche il rischio di *burnout* e di spersonalizzazione dell'utenza.

Come abbiamo visto, la crisi mette in luce i punti forti, facendo emergere al contempo le debolezze, che possono anche esserne amplificate. Questa lunga pandemia ha evidenziato in particolare la vulnerabilità specifica delle persone che vivono e lavorano in RSA, dei supporti loro necessari affinché la centralità di questi luoghi di residenza torni ad essere uno spazio di progettualità vitale per ogni persona residente, in una nuova cultura sanitaria che dia il giusto valore alle misure di protezione da infezioni. In conclusione, un interessante spunto di riflessione su come adottare e far evolvere l'approccio *bientraitant* nel futuro prossimo, ci viene da alcune considerazioni contenute nell'appello di un gruppo di medici ed eticisti raccomandato dall'Accademia svizzera delle scienze mediche (Box 3).

"La pandemia da coronavirus ha dimostrato l'elevata vulnerabilità delle persone in istituti di lungodegenza. Gli esperti di etica medica riconoscono la grande responsabilità delle autorità e delle istituzioni nell'ordinare e attuare misure di protezione per queste persone. Allo stesso tempo, essi sottolineano che nella loro attuazione, la protezione della vita deve andare di pari passo con la protezione della personalità e della qualità della vita....

Pur se in situazioni straordinarie, il diritto all'autodeterminazione nella propria sfera privata deve essere riconosciuto anche alle persone che vivono in strutture per lungodegenti, naturalmente nel rispetto degli standard di protezione raccomandati e nell'osservanza dei piani di protezione esistenti, la cui efficacia e proporzionalità vanno costantemente verificate e documentate....

Nell'eventualità che si verifichi una nuova ondata pandemica, gli istituti, le organizzazioni e le autorità sanitarie devono presentare soluzioni atte a garantire ai residenti nelle strutture di lungodegenza, pur nel rispetto delle condizioni di isolamento, i seguenti diritti della personalità:

- a. accesso di rappresentanti e curatori,
- b. accesso di persone di riferimento particolarmente vicine,
- c. accesso di specialisti dei quali necessitano le prestazioni (attivazione, fisioterapia, ergoterapia, podologia, assistenza spirituale, ecc.),
- d. diritto alla luce naturale, al movimento, a respirare aria fresca e alle attenzioni sociali,
- e. diritto alla co-decisione in riferimento alle terapie,
- f. trasparenza e proporzionalità delle misure di isolamento, coinvolgimento di familiari e rappresentanti legali nel caso non si possano evitare misure di limitazione della libertà, nell'osservanza delle disposizioni di legge" (Bulletin des Médecins Suisses, luglio 2020).

Fonte: elaborazioni degli autori
Box 3 – Spunti di riflessione *bientraitante* ai tempi del Covid (Bulletin des Médecins Suisses, luglio 2020)

BIBLIOGRAFIA

Ackermann S., Baumann Hölzle R., Biller Andorno N., Krones T., Meier-Allmendinger D., Monteverde S., Rohr S., Schaffert-Witvliet B., Stocker R., Weidmann-Hügler T. (2020), *Pandemia: Protezione della vita e qualità di vita per le persone residenti*

in istituti di lungodegenza, Bull Med Suisses. 2020;101(2728):843-845.

Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (2008), *La bientraitance: définition et repères pour la mise en œuvre. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Synthèse*, ANESM, 1-47, 14, libera traduzione.

Compagnon C., Ghadi V. (2009), *La maltraitance «ordinaire» dans les établissements de santé*, 1-97, 10, libera traduzione.

Lazarus R.S., Folkman S. (1984), *Stress, appraisal and coping*, Springer.

Lomazzi L., Sargenti Berthouzoz C. (2020), *Riconoscere i maltrattamenti, identificarli e ripensare le relazioni ai tempi del Covid-19*, in Lavoro sociale, Vol. 20, n. 6, Dicembre.

Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS (2002), *Violenza e salute nel mondo. L'abuso nei confronti dell'anziano* (E. Fossati, trad), Quaderni di sanità, 133/134, 199-222, 201.

Pezzati R., Molteni V., Ballabio R., Ceppi L., Vaccaro R., a cura di, (2020), *Manuale di metodologia per le terapie non farmacologiche per le persone affette da demenza: l'esempio concreto della terapia della bambola empatica*, Maggioli Editore.

Velayudhan L., Aarsland D., Ballard C. (2020), *Mental health of people living with dementia in care homes during COVID-19 pandemic*, International Psychogeriatrics, Jun 3 : 1–2.