

**“Quanto il prendermi cura di te dice di me?”
Gli sguardi di chi lavora con la persona anziana in RSA a confronto**

di

Viviana Bongiorno e Cecilia Pagliardini
Institute of Constructivist Psychology, Padova

Abstract: A partire dalla nostra esperienza sul campo e dalla consapevolezza di un *background* culturale che considera l'anziano in modo *prelativo* e *costellatorio*, utilizzando la Psicologia dei Costrutti Personali ⁶, abbiamo esplorato le costruzioni e i vissuti di un'*équipe* di una RSA⁷. Dall'analisi delle 17 interviste semi-strutturate è emersa una comunanza nel costruire l'anziano in termini *strutturanti*, e il proprio lavoro in modo *prelativo* e *regnante*, pur non mancando alcune differenze in termini di *proposizionalità*. La ricerca suggerisce l'importanza di creare momenti di supporto per gli operatori impegnati nella cura assistenziale.

Parole chiave: *caregivers* professionali, persona anziana, Residenza Sanitaria Assistenziale, costruzione di cura, strutturazione vs comprensione.

What does taking care of you say about me? How professionals in Nursing Home look at elderly people.

Abstract: *The present research is grounded in the authors' experience of working with elderly people and their awareness of a cultural background that conceives the elderly in a rather preemptive and constellatory way. We used Personal Construct Psychology (PCP) as a lens to explore constructs and experiences around the caring relationship and assistance of elderly people, within a Nursing Home unit comprising social workers and nurses. From the thematic analysis of 17 semi-structured interviews emerged some commonalities in terms of preemptive and regnant constructions of their work and stereotypical constructions of the elderly person. Some minor difference emerged in terms of propositional constructions. The present study highlights the importance of facilitating supporting and developmental opportunities for care-providers.*

Key words: *care-providers, elderly people, nursing home, care constructs, stereotyping vs understanding.*

1. Dall'esperienza alla domanda di ricerca: quali anticipazioni?

⁶ D'ora in poi verrà denominata PCP.

⁷ Con la sigla RSA, che utilizzeremo per abbreviazione, si indica la Residenza Sanitaria Assistenziale, ossia una struttura residenziale extra ospedaliera finalizzata a fornire accogliimento, prestazioni sanitarie e di recupero, tutela e trattamenti riabilitativi ad anziani in condizioni di non autosufficienza fisica e psichica, privi di supporto familiare che consenta di erogare a domicilio gli interventi sanitari continui e l'assistenza necessaria. Le RSA sono volte a coniugare le esigenze di assistenza sanitaria con le esigenze di assistenza tutelare ed alberghiera (<http://www.terzaeta.com>).

Questo progetto di ricerca nasce dalla nostra esperienza di psicoterapeute specializzande in due differenti Residenze per Anziani che ci hanno portato a formulare ipotesi e revisioni, percorrendo più cicli di esperienza. Dal momento in cui una persona diviene residente in RSA si trova in una situazione in cui ha dovuto effettuare un vero e proprio trasloco che implica un cambio di abitudini e di relazioni spesso radicali (Zaro & Madera, 2010). Questa esperienza sembra essere una sfida complessa per l'anziano, poiché consiste nel ristrutturare un proprio spazio di vita ed un proprio ruolo all'interno di un nuovo contesto, che pone di fronte a sé molte richieste e regole (Ciusani, 2015). Per quanto l'ingresso in RSA possa essere esperito come l'unica via percorribile anche dall'anziano, non sempre è quella più desiderabile, poiché lasciare la propria casa, le proprie abitudini, i propri legami, affidando agli altri la cura di sé, potrebbe favorire vissuti di perdita e di limitazione fisica (Basso, 2014). A partire da queste premesse, è stato possibile osservare, in prima persona, quanto i lavoratori che hanno una relazione di cura con l'anziano possano diventare delle importanti figure di riferimento, ossia “i continuatori delle famiglie perdute o lasciate temporaneamente alle porte dell'Istituto” (Zaro & Madera, 2010, p. 59), quindi i validatori/invalidatori, i protagonisti salienti della qualità del benessere dell'anziano residente in struttura.

Durante gli anni formativi, alcune esperienze ci hanno portato ad ipotizzare che non sempre la relazione di cura si basa sulla “comprensione” degli autentici bisogni dell'ospite: spesso visioni *strutturanti* dell'anziano, che provengono da una cultura *costellatoria* e *prelativa* che lo anticipa come “manchevole”⁸, rischiano di canalizzare pratiche lavorative basate sull'adeguamento dell'ospite alla struttura, piuttosto che sul suo possibile coinvolgimento nel processo di cura che lo riguarda. Pensiamo, per esempio, *in primis* alla nostra esperienza di “dati per scontato”⁹ e all'osservazione di alcune semplici attività quotidiane in cui viene considerato ovvio che le proposte siano interessanti, nonostante l'assenteismo degli utenti; ancora, ad alcuni atteggiamenti paternalistici di tutela o alla difficoltà di alcuni operatori nei reparti (in particolare medici, infermieri e operatori sociosanitari) di far fronte ai “disturbi del comportamento” di alcuni anziani. Ci è sembrato, in generale, che in RSA anticipare la persona anziana come agente nel mondo non sia così immediato, proprio perché spesso la relazione di cura rischia di essere canalizzata da pregiudizi sociali¹⁰ radicati in una società che celebra il culto della giovinezza, della performance e dell'indipendenza e che porta a stereotipi come il “giovane è bello, forte e indipendente”, mentre “chi è vecchio, è inutile, dipendente, malato e solo” (Murdaca, 2010). Basti pensare al mito del *self made man* che alimenta la nostra illusione di poter fare tutto in autonomia, senza abbisognare dell'altro, navigando verso un'auto-realizzazione (Belloni, 2016).

Come sottolinea la collega (Belloni, 2016), partendo da questa costruzione regnante e prelativa *autonomo vs dipendente*, la dipendenza assume una connotazione negativa che ci può portare ad anticipare chi ha bisogno di cure come fragile e debole; d'altronde, se ci pensiamo, con “dipendente” spesso ci si riferisce a quelle sottocategorie considerate spesso come “inferiori” (anziani, bambini, disabili). In questo senso, l'avere “cura” di qualcuno potrebbe tradursi come un mero soddisfare i bisogni dell'altro, risolvere un suo bisogno, costruendo l'ospite *prelativamente* come *solo* colui che riceve cure, ponendolo in una posizione passiva e di totale dipendenza (*ibidem*). Si può ipotizzare quanto sia difficile essere riconosciuti nella propria soggettività, se si viene anticipati attraverso costrutti di questa portata. Non è raro, nell'ambito istituzionale, che quelli che vengono intesi come *deficit* potrebbero manifestarsi per un'interazione *maligna* (Kitwood, 1997), in cui l'ospite viene strutturato in modo prelativo per il suo “danno neurologico” (se presente) e/o per i suoi “disagi psicologici” (agitazione, ritiro, apatia, aggressività) favorendo un circolo vizioso. Tale visione “riduzionista” (la persona si riduce al suo “danno” o “malessere” come sintomo di demenza), infatti, rischia di precludere la possibilità agli operatori di comprendere i processi di costruzione dell'anziano, invalidandolo continuamente, minando la sua individualità e canalizzando un'immagine *strutturata* di se stesso (“malato”, “non ci sta più con la testa”) (Belloni, 2016; Sandri, 2008).

La PCP ci offre una visione della dipendenza più proposizionale, la descrive come una condizione necessaria per l'essere umano perché mantenga e conservi il suo sistema, secondo un costrutto scalare: *dipendenza*

⁸ Questa anticipazione *manchevole VS sano* può essere presente in RSA e può essere alla base delle interazioni “maligne” di cui parla Kitwood (1997). Kitwood si riferiva alla demenza, ma ipotizziamo che la Psicologia Sociale Maligna (PSM) sia un'anticipazione che possa sussumere nel suo campo di pertinenza anche l'elemento anziano in generale.

⁹ Ad esempio, chiedersi, in qualità di terapeute in formazione, se è elaborativo per una persona di 90 anni affrontare dei temi dolorosi.

¹⁰ Il gerontologo Butler (1969) per definire il pregiudizio verso le persone anziane conio a proposito il termine *ageism*.

poco distribuita Vs *dipendenza distribuita* (Kelly, 1955). Indossando queste lenti, il *dipendere* riguarda tutti, sia chi cura che chi viene curato, contemplando un modo di vivere di ciascuno basato sull'interdipendenza. Partendo da questa ipotesi, anche curare qualcuno assume delle sfumature più ampie, perché ha a che fare con la relazione con l'altro: "un modo speciale di interazione in cui qualcosa viene scambiato tra le parti ed entrambe sono impegnate a costruire i processi dell'altro, con un fine comune", non, quindi, un mero "soddisfare i bisogni di qualcuno" (Belloni, 2019; Belloni, 2016).

La *cura*, nelle sue origini etimologiche latine, implica "l'essere in pensiero per qualcuno o qualcosa" e spesso capita che, quando teniamo a qualcuno, ne percepiamo, a qualche livello, la sua *vulnerabilità* e per questo ci sentiamo responsabili della situazione investendo molte delle nostre risorse mentali ed emotive (*ibidem*). Sentirsi responsabili, secondo Belloni (2019), sembra una dimensione fondamentale del "prendersi cura di qualcuno", tanto da poterci portare ad accogliere l'altro impegnandoci a rispondere ai suoi bisogni e richieste. A questo proposito, ricordiamo il lavoro di Finch e Groves (1983) che propongono la distinzione tra *caring about*, ovvero curare qualcuno in termini affettivi ed emotivi, e il *caring for*, che si rifà piuttosto all'insieme di attività pratiche e mansioni per la cura dell'altro (es. cucinare, pulire, lavare, ecc.) ed implica la cura come "lavoro". Ci sono anche altre sfumature di cura, ad esempio quella intesa in senso medico (*care*) che definisce un curare secondo un protocollo uguale per tutti, e la cura, invece, in senso più globale che implica un "preoccuparsi" dedicando all'altro tempo e attenzioni (modo di agire che prende in considerazione qualcosa o qualcun altro) (Belloni, 2019). Quest'ultima accezione di cura sembra basarsi più su un'interdipendenza ed uno scambio, poiché il *caregiver* si sente più "agente" e sente che le proprie azioni sono utili ai fini del benessere di chi viene curato (*ibidem*).

Proprio per la varietà del modo di anticipare l'altro e la dipendenza, ipotizziamo che ci possano essere diversi modi di curare che, quando hanno a che fare con stereotipi negativi e strutturanti¹¹, potrebbero implicare una modalità di cura standardizzata che ben si sposa con la rigidità organizzativa istituzionale che spesso prevede "una concatenazione delle azioni e dei tempi, rendendo ancora più difficile tenere presente la centralità della persona" (Basso, 2014, p. 37). In accordo con Solomon e Vickers (1979), focalizzarsi sul *milieu* della cura degli anziani si presenta come l'effettivo potenziale perché vi sia un cambiamento di pratiche lavorative. Alla luce di ciò è importante conoscere le costruzioni degli operatori per comprendere il significato delle loro azioni, in quanto "i processi di una persona sono psicologicamente canalizzati dal modo in cui anticipa gli eventi" (Kelly, 1955, p. 46).

Negli anni '90 diversi studi standardizzati mettono in luce quanto fosse presente nelle residenze per anziani uno stile di cura "routinario, centrato sul compito" che lascia poco tempo e spazio allo sviluppo di relazioni (Koch & Webb, 1996). Molte ricerche che riguardano le figure degli operatori si sono focalizzate su fattori specifici che richiamano vissuti dolorosi, come, per esempio, lo stress lavoro-correlato (Cohen-Mansfield, 1995) che può implicare il *burnout*¹² e la depressione, oppure sui fattori che incidono sulla qualità della vita dei residenti, tra cui compare il supporto percepito da parte delle figure di cura (Haight et al., 2000; Tseng et al., 2001). Accanto agli studi "positivisti", vi sono ricerche qualitative che si sono impegnate ad esplorare l'esperienza soggettiva degli operatori, dando voce ai loro significati rispetto ad alcuni punti critici e faticosi della cura: la vulnerabilità (Stenbock-Hult & Sarvimäki, 2011), i dilemmi etici (Sørliet et al., 2005), il forte senso di responsabilità e gli ideali alti di cura degli infermieri che rendono molto difficile l'accettare inadempienze nelle proprie mansioni, anche quando, magari, il carico di lavoro in tempi stretti è un forte ostacolo (Sørliet et al., 2005; Westin & Danielson, 2006); e ancora gli effetti che lo stress può avere sugli operatori minacciando sia l'immagine di sé sia quella di professionista competente (Ekstedt & Fagerberg, 2005), o la difficoltà nel trovarsi di fronte alle richieste contraddittorie degli anziani (Juthberg & Eriksson, 2010).

Cooper e Coleman (2001), osservando che molte infermiere si rifiutavano di lavorare con le persone anziane, hanno svolto uno studio in chiave PCP, utilizzando le griglie di repertorio (Kelly, 1955), i cui risultati principali sembrano essere in linea con l'ipotesi che costruzioni prelativistiche di cui la società si fa portatrice, stereotipi legati ad un approccio biomedico e riduzionista che equipara l'essere persona alle sue abilità intellettive,

¹¹ Lothian e Philp (2001), nei loro studi ne hanno riscontrati a volte più negli esperti del settore che nella popolazione generale.

¹² Il *burnout* è generalmente definito come una sindrome di esaurimento emotivo, di depersonalizzazione e derealizzazione personale, che può manifestarsi in tutte quelle professioni con implicazioni relazionali molto accentuate (possiamo considerarlo come un tipo di stress lavorativo). Generalmente nasce da un deterioramento che influenza valori, dignità, spirito e volontà delle persone colpite (<http://www.psicologiadelavoro.org/burnout-d1/>).

hanno un'influenza sulla possibilità per lo staff infermieristico di incontrare l'altro in qualità di persona. In particolare, i limiti fisici e mentali sono spesso le lenti principali attraverso cui i pazienti sono visti e vi è una tendenza tra gli infermieri a concepire i pazienti con una visione standardizzata (pochi costrutti, dominio fisico: *dipendente vs autonomo*), come se avessero tutti gli stessi bisogni; mentre gli OSS sembrano costruirli maggiormente in termini di differenti caratteristiche personali.

Negli studi preliminari in cui abbiamo personalmente intervistato rispettivamente un'educatrice e un animatore, le PEG¹³ emerse risuonano rispetto ad una comunanza con gli stereotipi culturali che anticipano l'età anziana come difettuale (“è triste, ha anche dolore, malattia e perdita della ragione”). Anche quando vi è una visione più proposizionale dell'anziano, come persona da ascoltare e valorizzare perché ha un “bagaglio di esperienze” ed è protagonista del racconto della sua storia, prevale la sua vulnerabilità di persona da proteggere dalla sofferenza, in quanto ormai si trova “nell'anticamera della morte”. Da quanto esposto, emerge la complessità della prassi professionale che implica il prendersi cura, e come questa non possa essere data per scontata. In accordo con la PCP, il nostro obiettivo di ricerca è quello di esplorare le costruzioni personali dei *caregivers* rispetto all'anziano, al proprio ruolo professionale e alla relazione tra sé e l'altro. Le nostre anticipazioni riguardano, oltre alla ricorrenza di costruzioni *prelative* e *costellatorie*, esperienze “emotive” ovvero transizioni quali *minaccia* a livello personale (“e quando sarò io al suo posto?”) e *minaccia di colpa* a livello professionale di fronte alla sofferenza (“non so come aiutarlo”), scarsa o assente autoriflessività, bisogno e utilità di confronto. Mantenendo un atteggiamento esplorativo anche verso strade impreviste, tenteremo di ipotizzare le implicazioni che potrebbero ricadere sulla prassi professionale.

2. Obiettivo della ricerca: conoscere le teorie di chi si prende cura

Uno dei presupposti su cui poggia l'intero impianto della ricerca riguarda il fatto che ogni persona, e quindi anche l'operatore sociosanitario, abbia sempre la possibilità di fare una scelta nell'incontro con l'altro, e che questa non possa prescindere dal suo sistema di costruzione. Questo pur considerando i vincoli legati alla struttura organizzativa, che in altri studi gli operatori esprimono in termini di sovraccarico lavorativo e percezione condivisa di scarsità di tempo per la comunicazione con il paziente.

L'obiettivo, a livello più sovraordinato, è stato quello di costruire una mappatura di significati, che evidenziasse possibili comunanze e differenze tra le costruzioni dei partecipanti, ipotizzando in che modo le costruzioni della persona anziana e del proprio ruolo professionale potrebbero canalizzare la relazione di cura e di assistenza.

Gli obiettivi specifici:

- esplorare come viene costruito il proprio ruolo professionale (scopo, caratteristiche importanti, cosa piace più/meno);
- esplorare i vissuti legati a situazioni che, durante le proprie ore di lavoro, mettono più in difficoltà oppure più a proprio agio in relazione all'ospite;
- esplorare come viene percepita e costruita la persona anziana, con un approfondimento su eventuali caratteristiche specifiche e bisogni di una persona anziana che vive in RSA.

3. Metodologia della ricerca¹⁴

3.1. Il contesto della ricerca

La ricerca ha visto protagonista uno specifico reparto di una Residenza Sanitaria Assistenziale, struttura geriatrica (che ricorda molto un ospedale), che offre assistenza sociosanitaria continuativa, garantita 24 ore

¹³ La PEG è una griglia qualitativa di stampo costruttivista ideata da Procter (2014) che esplora le costruzioni di sé e degli altri in un gruppo di persone, invitando alla *socialità* (Kelly, 1955). È uno strumento che si presta a molti usi e lo si può modificare *ad hoc* a seconda del proprio interesse d'indagine; inoltre, a differenza delle altre griglie, il polo di contrasto è opzionale.

¹⁴ La ricerca qualitativa parte proprio dal principio secondo cui non ci sono “dati oggettivi” da “trovare”, ma costruzioni che si vengono a creare nel corso della ricerca (Mantovani & Spagnolli, 2003). Nel presente lavoro di ricerca partiamo dal presupposto che esso si presenta come solo una delle tante versioni possibili del processo che abbiamo esplorato (Bannister & Fransella, 1986/1971).

su 24, alle persone anziane non autosufficienti, la cui permanenza a domicilio non risulta più idonea per il peggioramento dello stato di salute fisico o psichico. Le figure predisposte alla presa in carico dell'ospite sono parte di un'*équipe* multiprofessionale guidata dal medico di reparto, che predispone e porta avanti per ogni paziente un Piano Assistenziale Individualizzato, finalizzato al mantenimento e/o al recupero delle capacità psicofisiche delle persone anziane. Gli infermieri e gli operatori sociosanitari ne fanno parte, insieme ad assistente sociale, terapeuta della riabilitazione e animatore sociale. È presente, inoltre, un Servizio di Psicologia le cui prestazioni di sostegno e psicoterapia sono a disposizione anche dei lavoratori, su richiesta. Il lavoro dei protagonisti della ricerca, OSS e infermieri, è caratterizzato da una turnazione precisa che li vede presenti in modo piuttosto continuativo in reparto¹⁵, a contatto stretto e quotidiano con gli ospiti e i loro parenti.

3.2. I partecipanti

Hanno preso parte alla ricerca 11 operatori sociosanitari, 2 operatori geriatrici e 4 infermiere/i, di cui una è la caposala, tutti appartenenti allo stesso reparto RSA, che ospita 40 pazienti in lungodegenza.

Il genere dei partecipanti è tutto al femminile, tranne un OSS uomo; circa la metà è in un'età compresa tra i 35 e i 50 anni, i restanti si dividono equamente tra un piccolo gruppo giovane (18 – 35 anni) e un altro tra i 50 e i 65 anni. Il totale di interviste effettivamente utilizzate è stato 13, in quanto sono andate perse le registrazioni di 4 interviste che riguardavano le infermiere.

Non abbiamo spazio per un'ampia lettura del contesto, che sarebbe interessante, ma vorremmo sottolineare¹⁶ che la scelta del reparto è stata a noi indicata dalla Direzione Sociosanitaria, a cui abbiamo in prima battuta presentato il progetto. Dopo una nostra breve presentazione dello stesso ad una parte dell'*équipe* presente, la caposala, che sembra godere di una forte *leadership* all'interno del reparto e che ha creduto fin da subito nel progetto, si è fatta portavoce della ricerca preoccupandosi di promuovere l'adesione di quanti più operatori possibile.

Alcuni dei partecipanti hanno fatto l'intervista *vis-à-vis* in uno spazio protetto del reparto, con la psicologa volontaria nella struttura, ma non conosciuta da loro personalmente; mentre per altri è stato organizzato un collegamento Skype con l'altra psicologa, per questioni logistiche.

3.3. Gli strumenti e il metodo di analisi dei dati

I partecipanti sono stati sottoposti ad un'intervista semi-strutturata (Holstein & Gubrium, 1997; De Lillo, 2010; Serranò & Fasulo, 2011) della durata di circa un'ora/un'ora e mezza, sempre preceduta da una breve raccolta di dati anagrafici (professione, età e anni lavorativi nella struttura) e dalla firma del modulo di consenso informato. Le aree che abbiamo approfondito sono tre e le abbiamo esplorate grazie alle domande che venivano proposte all'interno della "conversazione guidata". Ogni intervista è stata audio-registrata, successivamente sbobinata e poi analizzata attraverso l'analisi tematica (Braun & Clarke, 2006), metodo di analisi qualitativa che consente di identificare, analizzare e riportare con carta e matita *pattern* (temi) all'interno di dati, sempre alla luce di uno sguardo teorico/epistemologico preciso, nel nostro caso la Psicologia dei Costrutti Personali (Kelly, 1955).

4. Risultati

Analizzando le interviste, emerge in maniera abbastanza uniforme che gli operatori costruiscono il proprio lavoro come "umano" vs "routine" in cui ci vuole "amore per l'anziano", in quanto basato sulla *relazione*. A partire da questo presupposto, molti partecipanti pensano che sia un lavoro che "deve piacere" e che bisogna fare per "vocazione", che "non si può fare per soldi": "è una vocazione, devi essere disinteressata; la vocazione dovrebbe essere perfetta e pura (...) perché da qui deriva la qualità dell'assistenza su tutti i livelli" (E., OSS). Molti operatori sottolineano anche come non sia una professione per tutti, in quanto non è "facile",

¹⁵ I turni sono da circa 7 ore; il rapporto tra OSS e pazienti è di 3/4 su 40 di giorno e 2 su 40 di notte, mentre tra infermieri e pazienti di 1 su 40 più la caposala di giorno e 1 su chiamata di notte.

¹⁶ Riprenderemo questi elementi in termini di vincoli e possibilità nella discussione/conclusioni.

talvolta è “pesante” e bisogna essere “predisposti”. Solo per una lavoratrice sembra che sia, in parte, anche una professione che si può apprendere, poiché ritiene importante la formazione specifica per poter comprendere meglio i vissuti dell’ospite e poterlo assistere in maniera efficace e con rispetto, prima di tutto. La qualità dell’assistenza alla persona sta a cuore a tutti gli operatori, che la vedono riflessa anche nelle “piccole cose”, nelle mansioni di igiene quotidiana in cui “non c’è distacco”; specifica T.: “noi addirittura compriamo delle acque per il corpo per profumarli perché ci piace (...), piccole cose, il caffè, la coccola, quell’attenzione in più”.

Proprio perché la maggior parte dei partecipanti costruisce il proprio lavoro come “umano”, il loro scopo professionale sembra essere il “prendersi cura dell’anziano a 360°”, che si traduce sia in un’“assistenza diretta” al paziente per la gestione dei suoi bisogni primari (igiene personale, alimentazione, mobilitazione), sia nel “fare stare bene chi non sta bene” che richiama una “cura” anche in termini “affettivi”. Tale *mission* si esprime nel desiderio di sapere che l’ospite migliora, giorno dopo giorno, il proprio stato di salute e che si sente “sereno”, “tranquillo” e “senza pensieri”. La maggiore “soddisfazione” che sembrano portarsi a casa è quella di “sapere che hai dato qualcosa di bello a qualcuno che ha bisogno: l’anziano è una persona che ha bisogno di tutto”. Una relazione di cura basata su tali presupposti sembra implicare per gli operatori il sentirsi percepiti e vissuti dagli anziani come dei “familiari”, delle persone “fidate”: “loro ti vedono come parte della loro famiglia, tu li conosci talmente bene che, appena ti vedono, loro sorridono” (E., OSS), “e te lo riconoscono”, come specifica M.: “grazie, meno male che ci sei tu!”.

A partire da queste anticipazioni, i partecipanti sottolineano come sia fonte di sorpresa e soddisfazione essere “ricordati” dagli ospiti, che sentono la loro mancanza, per esempio, quando tornano dalle ferie. Ma un siffatto legame non sembra essere unidirezionale, in quanto anche gli operatori vivono gli anziani come persone a cui, volenti o nolenti, ci si affeziona, tanto che di fronte alla loro sofferenza o dipartita molti parlano di “dispiacere”, “come se un pezzo della tua famiglia è andato”. In virtù di ciò, alcuni operatori sottolineano quanto sia importante trovare un “equilibrio tra il voler bene ed avere una corazza” per non andare in *burnout*, ossia per non farsi coinvolgere troppo, ad esempio, dalla perdita di un paziente. Questo tentativo di essere “sereni” e “tutelare se stessi”, per qualcuno è un equilibrio precario (“bisognerebbe non affezionarsi, ma è impossibile”) che si cerca e/o si è cercato di raggiungere attraverso il “supporto”: “essere compresi fuori dal lavoro e/o dai colleghi”, “avere un supporto psicologico professionale”, poter godere di “momenti di pausa e di stacco”, ma anche l’imparare a separare la vita privata da quella professionale: “una volta uscita ho chiuso, per forza... perché sennò... sul lavoro vivi male” (D., OSS).

Ci sembra rilevante che, per due persone, ciò che è faticoso psico-fisicamente siano i momenti in cui vi è “mancanza di relazione”, per il poco tempo, e non si riesce ad avere uno scambio col collega e/o a soddisfare il paziente: “arrivano quei pazienti che anche se l’hanno già fatta la colazione ti dicono: ‘No non è vero, ho fame, ho fame!’ (...) questo fatto mi snervava e dicevo: ‘Non ce la faccio più’”. In questo senso, può essere significativa anche la differenza che viene fatta tra paziente “non lucido” vs “lucido”: quest’ultimo viene percepito come una persona con cui è più facile e piacevole relazionarsi, che rende più facile lo svolgimento delle proprie mansioni e con cui si può dialogare e scherzare in quanto “capisce”, mentre la persona “non lucida” viene percepita come più “agitata, assente” e che richiede un maggiore impegno psico-fisico.

Il “supporto” per poter star bene e affrontare al meglio il proprio lavoro sembra essere fondamentale per “alleggerire” e non esaurire le proprie risorse, in quanto la professione è costruita come molto “ richiestiva”: bisogna tenere tutto sotto controllo, prevedere che non ci siano errori e urgenze ed essere concentrati sui bisogni di 40 pazienti in tempi ristretti, viaggiando continuamente da una parte all’altra del reparto. Sembra che questi operatori avvertano una stanchezza psico-fisica legata ad un forte senso di responsabilità professionale: poter fare tutto e farlo bene, *in primis* per i pazienti, ma anche per la struttura. Le parole di D.: “Ti hanno chiamato in ufficio che qualcosa non andava, tutto questo si accumula! Sei sempre perfetta... no, lì hai sbagliato! Ti chiamano in ufficio, più i pazienti, tutte le cose che devi fare, la corsa e i tempi: perché noi andiamo sul tempo, per ogni cosa! Quello che ti porta al famoso *burnout* è un accumulo: tutto lo stress, tutta l’ansia, che magari non va bene niente a nessuno, fino a che le cose diventano... che inizi a stressare te stessa”.

Far stare bene l’altro sembra così identitario a livello professionale che, quando alcuni operatori hanno la sensazione di non essere riusciti in questo, possono avvertire, a vari livelli, un certo senso di colpa. Da dove nasce l’idea “che l’altro debba stare bene e debba sentirsi sempre benvenuto”? Probabilmente, dal modo in cui gli anziani vengono costruiti dalla maggior parte dei partecipanti, ovvero dei “bambini da proteggere”:

“indifesi” e “fragili” fisicamente (malattia e deterioramento), ma anche psicologicamente. È interessante, da quest’ultimo punto di vista, il pensiero di D.: “sono un po’ spaventati, gli spostamenti per loro sono delle cose allucinanti, tanti pazienti quando tu li sposti da una parte all’altra (...) tanti muoiono, si lasciano andare (...) perché questa è diventata la loro casa”.

Una costruzione largamente condivisa, spiegata dalle parole di V., che li vede come molto “sensibili”: “anche se non sembra, loro notano tutto quello che facciamo, intercettano il tuo stato d’animo”; in questo senso, per molti partecipanti è importante “lasciare i propri problemi fuori”, “essere sereni con se stessi” e non lasciare trasparire i malumori. Ma “bambini” contiene per gli operatori anche il significato di “capricciosi” (“ricercano attenzioni” e “sfizi evitabili e non veri bisogni”) ed “egoisti” (“hanno dato tanto nella vita (...) sembra che tutto gli sia dovuto”).

Per questo motivo un altro aspetto fondamentale della loro prassi professionale è la “pazienza”: da una parte aspettare e rispettare le diverse esigenze degli ospiti¹⁷, dall’altra “sopportare quando rispondono male, si arrabbiano e sono agitati”; o ancora “ascoltare/sgridare con dolcezza e spiegare” cosa si può fare in quel momento e cosa no. Per affrontare alcuni momenti critici, alcuni partecipanti sperimentano anche l’efficacia dell’“ironia” e delle “battutine”; le parole di V.: “ma tu non ti devi arrabbiare con me per queste cose, non è che ti ho ammazzato, ti ho fatto il bagno e ti ho profumato e cosa vuoi di più?!?” “E adesso ti trovi anche il fidanzato, adesso che sei bella e profumata!” Da lì ha cominciato a ridere, e allora un pochino si è sciolta”. Accanto alla pazienza, diversi operatori ritengono l’“empatia” un aspetto fondamentale della loro prassi che, per qualcuno, è più facile da agire se si sta bene con se stessi e se si ha più tempo a disposizione. Due lavoratori, in particolare, sottolineano la grande importanza di un’assistenza basata sulla comprensione delle esigenze di ognuno, momento per momento: “quando c’è un ingresso si cerca di capire chi è questa persona, chi è stata, perché sicuramente non è uguale all’altra”. Dare agli ospiti delle attenzioni su misura, facendo un lavoro “personalizzato”, sembra la diretta implicazione del costruirli come *persona* vs. *numeri*, ognuna contraddistinta per la propria soggettività. Solo due partecipanti costruiscono la persona anziana quasi collocandola sul polo di contrasto rispetto al costruito “bambino”: “è semplicemente una persona che ha vissuto più vita rispetto a me, e quindi le vicissitudini della vita l’hanno portata a essere quello che è”. Questo punto di vista specifica quanto sia importante aiutarli nel “mantenere la loro autonomia, la loro dignità e una continuità di vita, non sostituendosi a loro”. La partecipante che ci parlava dell’importanza del comprendere ogni persona ci racconta: “non cercare troppo di accudirli, nel senso che non è che son bambini, sono adulti, non sono stupidi”. Queste partecipanti considerano l’anziano un adulto che si autodetermina, qualcuno che è entrato in RSA per “continuare a vivere” e che non è andato lì per morire. Costruzione che sembra in netto contrasto con quella più condivisa che considera invece l’età anziana come “ultima stazione della vita” e l’anziano come “saggio” munito di un “bagaglio di esperienze” e di “vissuti”.

Per qualcuno, che costruisce l’anziano come persona “da proteggere”, empatia si traduce nel capire i bisogni individuali della persona anziana giocando d’anticipo; per esempio M. racconta: “far capire alla paziente che ti ricordi che lei lo vuole senza zucchero (...) sono piccole cose, che però lei nota, è contenta! (...) Se stai attenta, queste cose le cogli e, quindi, tutto diventa più semplice”. Per altri, significa “immedesimarsi” nel vissuto del paziente come se fosse un proprio parente; processo che, talvolta, ha delle implicazioni molto dolorose. Può essere che risuoni con sofferenze familiari pregresse o presenti, come V. che ci racconta di immedesimarsi nel parente sofferente di fronte alla morte di un ospite e di non riuscire che a piangere tanto quanto lui; oppure con timori per il futuro, rispetto alla possibilità di “perdere la memoria”, non ricordare e non essere ricordati, come figlia/o, e viceversa come genitori, o andare incontro alla perdita di aspetti identitari importanti, come la dignità e l’autonomia.

Per molti partecipanti, l’anziano in RSA è anche una persona “sola e triste”, in quanto si sente abbandonato e lontano da casa e dagli affetti. Ha bisogno quindi di compagnia e di essere ascoltato; V. dice: “un ascolto glielo do sempre, non sono problemi grossi, sono quelle loro piccolezze che hanno bisogno di dire a qualcuno”. Ascolto, interazione e dialogo sembrano tutte essere prassi professionali che permettono all’ospite di “stare bene”. Sulla base della costruzione dell’anziano come “solo e triste” e, talvolta, “arrabbiato” (vs “tenero” e “dolce”) c’è anche l’anticipazione, per alcuni partecipanti, di “rendere il reparto più casa possibile”, per esempio, mantenendo delle abitudini che la persona aveva a casa o allestendo il

¹⁷ “Non bisogna essere frettolosi, assolutamente. Anche se ci sono dei tempi però. Si può benissimo fare le cose rispettando i tempi... magari ne dedichi di più a uno che ha più bisogno, poi l’altro che ne ha meno velocizzi un po’ (...) se, ad esempio, la paziente non ha voglia di scendere o lavarsi devi stare calma e tranquilla, altrimenti si agita ancora di più e poi se lo porta dietro per tutta la mattina”.

reparto con delle immagini che possano essere rappresentative della loro vita. Tale prassi probabilmente proviene dalla costruzione di casa come “culla” dove tutto è più personalizzato, a confronto con l’RSA dove la vita è scandita da ritmi uguali per tutti. Forse, proprio per questo, per molti operatori è importante quell’attenzione soggettiva in più per far stare bene.

Il costruito *casa* (vs *RSA*) è molto presente e gli operatori si dividono nelle loro opinioni. C’è chi pensa che l’istituto non possa mai diventare davvero casa per l’ospite, in quanto lontano dai propri riferimenti, ad esempio una partecipante dice: “io non ci metterei neanche il mio peggior nemico in una casa di riposo”. D’altra parte, c’è chi invece crede e sente che l’RSA venga vissuta dall’anziano come casa propria in cui è “felice”, è rispettato nelle sue routine e viene “coinvolto attivamente come partecipe della comunità” attraverso attività, giochi e momenti di condivisione.

Buona parte dei partecipanti costruisce la “tristezza” dell’ospite anche associata all’autoconsapevolezza del declino a cui sta andando incontro, della morte e/o della solitudine. In questo caso, molti degli operatori si vivono come impegnati ad “alleggerire e sdrammatizzare” le giornate degli anziani, ma anche a “rassicurarli”, per cercare di distrarli dai pensieri negativi. Quando ci si trova di fronte ad una sofferenza che non può essere estinta, sembra verosimile aspettarsi che alcuni operatori possano sentirsi “inutili” e “impotenti”, come ci spiega bene V.: “mi fa star male perché quando arrivi poi a un certo punto e sai che non puoi fare niente, questo mi fa soffrire”. Tali vissuti, probabilmente, sono generati anche da una costruzione molto netta di alcuni partecipanti secondo cui l’anziano in RSA si può sentire un peso per i figli e per la società; sono rappresentative le parole di M.: “come una scatoletta di tonno che quando non serve più si butta via”. Dal punto di vista di questi partecipanti gli anziani si sentono ormai “inutili” anche perché sanno di non poter fare più quello che facevano prima; per esempio, un paio di partecipanti sottolineano quanta umiliazione si debba provare nel dover dipendere dagli altri anche per l’igiene intima, “manca loro la privacy!”. Non tutti però costruiscono la *dipendenza* dell’anziano dagli altri come un vissuto potenzialmente negativo: una persona la racconta solo come una dipendenza fisica maggiore rispetto a chi invece vive e/o è assistito in casa, e, anzi, pensa che l’anziano possa scegliere di vivere in RSA proprio per stare in compagnia e contrastare un’eventuale solitudine. Altri due partecipanti sottolineano che molti anziani si sentono in RSA più “protetti” e meno spaventati perché vi è una maggiore assistenza medica e in maniera continuativa: “qui sono più sicuri, più fidati, perché imparano a fidarsi di tutti noi. (...) Noi diventiamo la loro famiglia e sanno che in qualunque momento noi ci siamo, non hanno paura! In casa hanno paura di morire, ma non vanno via perché è il loro posto”. Altre partecipanti hanno sottolineato che la differenza tra casa e RSA sta nel come le persone anziane si sentono e che tutto è estremamente soggettivo: “beh la differenza è per loro (...) perché comunque penso che possano raggiungere la serenità qua o a casa, veramente tutto dipende (...) dal clima che ti si crea intorno. Ripeto è tutto molto soggettivo”.

Le giornate dei partecipanti sembrano essere scandite solitamente da uno stato d’animo di serenità, avvertita quando “tutto fila liscio” e si può andare a casa tranquilli; quando non ci sono state emergenze o situazioni irrisolte e si va via “con la coscienza pulita”, ovvero lasciando “tutto in ordine”. Se ci sono urgenze, dà soddisfazione agli operatori ed infermiere sapere come intervenire: in particolare chi lavora da molti anni avverte un senso di *sicurezza* rispetto alle proprie competenze, sviluppate proprio attraverso *l’esperienza*: “con l’esperienza mi sento sicura di quello che faccio, anche perché faccio da una vita questo lavoro per cui non trovo difficoltà, qualsiasi cosa penso di risolverla o di trovare una soluzione” (S., OSS).

Nel caso delle infermiere, la gratificazione personale sembra data dal sentirsi competenti sul piano tecnico (dare la terapia), senza però che questo riduca lo scopo del lavoro ad un piano meccanico, anzi, alcune di loro sottolineano anche il bisogno di maggiore personale per poter assistere in modo più completo gli ospiti. Per le infermiere, la tecnica nel contesto dell’RSA deve andare di pari passo col piano “relazionale ed emotivo”, lo spiega bene O.: “in un ambiente come quello dove lavoriamo noi, cioè in RSA, si riscopre molto più l’aspetto emotivo, affettivo, relazionale, che magari dalle altre parti. (...) Nel senso che io lì dentro non ho come priorità l’aspetto tecnico nel mio lavoro quindi l’aspetto tecnico c’è, però non non è la priorità”.

Per quasi tutti i partecipanti poter lavorare in modo efficace dipende anche dalla “collaborazione in *équipe*” costruita come fonte di benessere, di supporto e di confronto. Se alcuni fanno esperienza di questi vissuti, altri lamentano invece “insofferenza” legata principalmente al modo di lavorare di alcuni colleghi, giudicato inappropriato: quando si svolgono le mansioni “con distacco” intese con poca cura, perché presi dalle proprie esigenze (caffè o la sigaretta), con l’implicazione che “si rovina il lavoro che è stato fatto prima”; oppure quando ci si trova di fronte a delle critiche dei colleghi verso i pazienti, come racconta un’infermiera. Vissuti

di fastidio, per qualche operatore, sono presenti anche nei confronti dei figli, quando non sono, secondo loro, sufficientemente presenti oppure “ti assillano, pretendono da te cose”. Un’infermiera, in particolare, ci ha riferito che una delle sue maggiori difficoltà in reparto riguarda la gestione dei rapporti con i familiari. Ci è sembrato significativo, invece, che solo un paio di persone esplicitino sentimenti di questo tipo o di nervosismo nei confronti degli anziani.

In generale, ci è sembrato che tra le varie figure del reparto, operatori sociosanitari, infermiere e caposala, ci sia un’attenzione particolare a far sì che l’anziano “stia bene”. Riportiamo le parole della caposala che non percepisce una differenza rispetto allo scopo nel suo lavoro, ma solo nelle mansioni da svolgere: “Questo è il duplice ruolo, perchè prima avevo più contatto con il paziente; adesso il contatto ce l’ho molto meno, è un po’ lavorare dietro le quinte: organizzare tutto quello che compete l’assistenza e la gestione di un reparto (...). Alla fine il lavoro di tutti noi che siamo lì è a beneficio del paziente. Io lavoro da una parte per il bene loro, da un lato per il profitto dell’azienda, ma il lavoro è per il loro fine, diciamo che alla fine lo faccio per loro. Perchè cerco di garantire, con le risorse che ho a disposizione, la migliore assistenza possibile”.

5. Discussione

Un aspetto che abbiamo colto, in quanto abbastanza diffuso nel corso delle interviste, è stato il coinvolgimento e l’impegno che i partecipanti mostrano verso il proprio lavoro. Molti di loro, pur ritenendo l’intervista impegnativa, si sono sentiti incuriositi e stimolati a riflettere su temi a cui di solito non pensano. In alcuni casi, circoscritti ad interviste *vis-à-vis*, la possibilità di dar voce ai propri vissuti ha permesso la manifestazione di disagi anche importanti, in modo per loro stessi inaspettato e giudicato inizialmente inopportuno: come se gli operatori non si aspettassero che, in alcuni casi, l’esperienza personale sarebbe potuta entrare nello spazio dell’intervista come un fiume che rompe gli argini. O forse, al contrario, un po’ ne erano intimoriti, immaginando, anche ad un basso livello di consapevolezza, che con una psicologa ci si potesse aprire.

Abbiamo riscontrato una differenza tra le interviste fatte di persona e quelle svolte su Skype: nel secondo caso ipotizziamo che sia stato meno percorribile un certo tipo di “coinvolgimento emotivo” sia per il canale comunicativo, sia per il fatto che non ci fosse stata una conoscenza diretta della psicologa. Trasversalmente a tutte le interviste, gli operatori ci sembrano molto allineati rispetto allo scopo del proprio lavoro, espresso dalla costruzione sovraordinata *umano vs meccanico* che richiama una relazione di cura intesa come *caring about* piuttosto che *caring for* (Finch & Groves, 1983). Ipotizziamo che questa comunanza generale possa essere canalizzata dalla *mission* promossa dal reparto, incarnata nel grande investimento della caposala nella fase iniziale di coinvolgimento della sua *équipe*, di “rendere l’RSA più casa possibile”, interpretando l’assistenza all’anziano come una presa in carico più umana, dove il rapporto empatico è centrale, se non prioritario, rispetto al piano tecnico e all’assistenza dei bisogni primari. In questa lettura del contesto, ci siamo chieste se la scelta del reparto da coinvolgere nella ricerca non sia stata canalizzata da una legittima *desiderabilità sociale* della direzione che potrebbe aver scelto di mettere in luce uno dei reparti più collaborativi e funzionanti. Significativo, alla luce di questo, potrebbe essere il fatto che non siano stati molti i partecipanti ad esprimere criticità di tipo organizzativo o relazionale, mentre molti di loro ci tenevano ad esprimere apprezzamenti e/o a sottolineare come tutto andasse bene.

La costruzione sovraordinata *umana (vs meccanica)*, condivisa tra i partecipanti quando descrivono il proprio lavoro, ipotizziamo sia per loro *costellatoria* e *prelativa*, come se fare un lavoro *umano* debba necessariamente implicare che per poterlo fare al meglio bisogna essere “predisposti” in quanto è, per loro, una “vocazione” piuttosto che un lavoro “fatto per soldi”. L’implicazione, per la maggior parte dei partecipanti, potrebbe essere quella di elaborare attivamente il proprio campo professionale per far sì che l’assistenza non diventi una routine *meccanica*: alcuni partecipanti hanno sottolineato come i momenti di maggiore difficoltà o stanchezza psico-fisica siano proprio quelli in cui non c’è relazione (con i pazienti e/o con i colleghi), e tutte le mansioni devono essere fatte in tempi stretti. Allo stesso tempo, ci è sembrato che per alcuni partecipanti vivere in modo *stretto* e *regnante* il proprio lavoro li porti ad impiegare molte energie per non commettere “errori” o “sbavature”, con un prezzo che a volte pare essere alto: *colpa* professionale rispetto al proprio ruolo di lavoratore dedito ed efficiente e/o *minaccia di colpa* nel pensare che l’ospite lo

possa giudicare male. Per qualcuno, questo modo di anticipare il lavoro sembrerebbe riverberare anche in una strutturazione dei colleghi, nei casi in cui si concedono uno spazio di “stacco” (caffè ecc.).

Costruire la propria professione sottolineando l’aspetto relazionale, considerando se stessi e l’ospite come dei “familiari”, sembra avere a che fare con la natura stessa di questo tipo di assistenza e, ipotizziamo, sia una scelta *aggressiva* da parte dei partecipanti per affrontare al meglio una professione faticosa che altrimenti sarebbe oberante. Molti partecipanti raccontano quanto l’essere valorizzati tra i tanti e “benvoluti” sia ciò che più di tutto dà soddisfazione. Se questa è una faccia della medaglia, guardando l’altra ipotizziamo che la stessa visione *regnante* potrebbe favorire il rischio, tra gli operatori, di non riuscire a *frammentare* il piano personale e quello professionale. L’implicazione di questa difficoltà di separare i due piani potrebbe essere quella di vivere una forte *permeabilizzazione* del proprio sé professionale, in cui vengono inclusi anche coinvolgimenti e vissuti, dovuti sia a sofferenze personali (lutti in famiglia, minaccia di colpa nel ruolo di figli e/o di genitori) sia al proprio modo di costruire il “senso di responsabilità”.

Come ben ricorda Belloni (2019), il “prendersi cura di qualcuno”, in effetti, implica un senso di responsabilità che desta preoccupazione per il benessere dell’altro che, a sua volta, viene percepito come vulnerabile. In questo senso, non ci è sembrato un caso che gli operatori stessi abbiano rilevato l’importanza di scindere il personale dal professionale, che alcuni hanno cercato di incarnare trovando la “giusta distanza”. La “giusta distanza” che, secondo alcuni operatori, si impara con l’esperienza, sembra qualcosa di *preverbale*, un *know how* che qualche partecipante racconta di aver acquisito con gli anni imparando a “voler bene con una corazza”, ma che sembra difficile da spiegare a parole. Anche se in minima parte, due partecipanti, invece, esprimono la loro difficoltà a frammentare tra vita privata e professionale, sentendosi così partecipi del vissuto del paziente e/o dei suoi familiari, da portare fuori con sé pensieri e dispiaceri. Riguardo a ciò, è interessante come alcuni partecipanti cerchino e/o abbiano cercato *aggressivamente* delle “strategie” per tutelare se stessi (supporto, momenti di stacco con i colleghi) ai fini di ritrovare delle risorse per affrontare al meglio il proprio lavoro, e qualcuno sottolinea anche per non andare in *burnout*. Ipotizziamo che quest’ultimo vissuto sia una probabile espressione di una costante *colpa* professionale che attraversa i lavoratori rispetto al non ritenersi “efficienti”.

Ancora, ipotizziamo che tale timore di non riuscire a fare stare sempre bene l’ospite e a soddisfare i suoi presunti bisogni, possa essere dovuto anche ad una *dipendenza* prevalentemente *distribuita sul sé*. Molti partecipanti si raccontano in modo prelativo come “fondamentali” per gli ospiti, e in qualche modo speciali e quasi insostituibili ai loro occhi, pur riconoscendo l’importanza di un’*équipe* collaborante. Ci sembra verosimile che questo sentirsi responsabili, quasi esclusivi aggiungiamo noi, del benessere dell’altro, potrebbe originare anche dal modo *prelativo* e *costellatorio* con cui i partecipanti anticipano la persona anziana, che sembra richiamare gli stereotipi culturali: sola, triste, sensibilissima, fragile e dipendente.

Per la maggior parte dei partecipanti, l’attenzione per la persona anziana è centrale nella relazione di cura, ma ci sembra che, tendenzialmente, la pazienza e l’empatia che vengono messe in campo non siano sempre frutto di una comprensione in cui viene giocata *socialità* con l’ospite, quanto un modo *prelativo* di costruire i bisogni dell’altro a partire da proprie idee. Ad esempio, il tentativo di “alleggerire e sdrammatizzare” di fronte a vissuti impegnativi dell’ospite (solitudine, sofferenza, desiderio di morire), molto presente in quasi tutte le narrazioni dei partecipanti tanto da definirlo un modo fondamentale per fare stare bene l’altro, potrebbe rappresentare, per alcuni, una forma di *costrizione* come scelta più elaborativa a fronte di transizioni molto dolorose: *minaccia* (anticipare la perdita di dignità e autonomia), e *minaccia di colpa*: a volte più a livello personale (anticipare la perdita di ruoli nucleari: genitori, figli), a volte più professionale (non riuscendo a rasserenare l’altro, con il rischio di interagirci solo come mansione da svolgere).

A partire dalla costruzione del proprio ruolo professionale *nucleare e pervasiva*, fin qui esposta, gli operatori sembrano utilizzare maggiormente costrutti di tipo psicologico per anticipare l’ospite, in linea con quanto rilevato da Cooper e Coleman (2001)¹⁸, che non sempre potrebbero implicare un “mettersi nei panni dell’altro”. Per far fronte all’ansia e/o alla minaccia di colpa (riuscire a farlo stare bene e ad entrare in relazione con lui) potrebbe essere, infatti, più elaborativo per alcuni operatori *strutturare* l’anziano e anticiparlo attraverso costrutti quali ad esempio *agitato vs tranquillo* e *aggressivo/egoista vs tenero/dolce*. È interessante sottolineare come due partecipanti, per affrontare altre situazioni difficili in cui sembra

¹⁸ Pur avendo perso le interviste con le infermiere, in generale, dai nostri appunti emerge che, contrariamente a quanto rilevato da Cooper & Coleman (2001), anche queste professioniste utilizzino maggiormente costrutti che hanno a che fare con caratteristiche personali per anticipare l’anziano piuttosto che caratteristiche fisiche e/o esclusivamente di dipendenza.

inevitabile non poter soddisfare il bisogno dell'altro, sembra agiscano *aggressivamente* la carta dell'ironia, utile per stabilire un rapporto paritario con l'ospite in cui sono comprese sia le proprie esigenze professionali sia quelle del paziente.

Sulla scia del bisogno di avere una relazione significativa con l'altro, utile anche per svolgere le proprie mansioni di assistenza, un altro costrutto molto frequente tra i partecipanti è quello di persona *lucida vs non lucida*, dove la persona *non lucida* sembra avere da una parte una maggior dipendenza fisica e dall'altra una mancanza di interesse per gli altri, in linea con Cooper e Coleman (2011). Da quanto è emerso, sembrerebbe evidente la criticità di assistere una persona con "demenza" per la difficoltà di entrarci in relazione, che potrebbe comportare disagio per l'operatore. D'altra parte, alcuni partecipanti, pur differenziando l'ospite in *lucido vs non lucido*, si sentono impegnati a favorirne il suo benessere e a coinvolgerlo nella vita comunitaria, ognuno con diverse modalità.

Nonostante la comunanza rispetto ad alcune *strutturazioni*, non sono mancate voci fuori dal coro che hanno offerto narrazioni più *proposizionali* del modo di costruire l'anziano. Di fronte alla domanda: "com'è una persona anziana?", diverse persone hanno risposto: "dipende", probabilmente perché in quel momento stavano facendo appello alla loro esperienza che è "variegata". In particolare, alcune lavoratrici pongono il *focus* sulla *soggettività* di ognuno considerando, quindi, l'*ascolto* dell'altro fondamentale per comprendere il suo punto di vista. In linea con questo modo soggettivo di costruire l'ospite, considerandolo un *adulto non troppo da accudire vs bambino da proteggere*, l'RSA è costruita, da questi due partecipanti, come un luogo in cui la loro *mission* è quella di fare stare bene l'altro, mantenendo "una continuità di vita" piuttosto che attendendo la morte. L'implicazione di questa loro anticipazione ipotizziamo sia quella di riconoscere all'ospite una certa *agency*, ponendolo al centro del processo di cura. In linea con la letteratura (Belloni, 2019; 2016) è emerso, in maniera diffusa, il tema della *dipendenza* dell'anziano (*vs autonomia*) in virtù del suo bisogno di cure e assistenza *in primis* a livello fisico, che sembra per la maggior parte dei partecipanti di tipo *prelativo* e *regnante*. Ipotizziamo che per molti operatori costruire l'ospite solo come *dipendente*, che ha bisogno dell'altro a 360°, se da un lato potrebbe servire a tenere in piedi il riconoscimento del proprio ruolo in cui rientrano la risoluzione di problemi e dei bisogni dell'anziano, dall'altro potrebbe canalizzare interazioni assistenziali che rischiano di relegare l'ospite ad uno stato di passività.

Tali costruzioni richiamano dimensioni che favoriscono relazioni di dipendenza piuttosto che di ruolo, le quali canalizzano l'agire di cura degli operatori, definendo così implicazioni sul proprio ruolo professionale e personale; come per esempio sentirsi sempre sovraccarichi dalla responsabilità e dal carico di richieste a cui far fronte, oppure portarsi i problemi del lavoro a casa¹⁹. Se tali modi di costruire se stessi e l'ospite basati sulla dipendenza potrebbero offrire la possibilità di anticipare più facilmente l'ambiente di lavoro (per esempio: per non stare nell'ansia e garantirsi una prevedibilità nelle azioni da svolgere), dall'altro potrebbero non promuovere una comprensione in termini di socialità.

6. Conclusioni

Con la presente ricerca abbiamo voluto mettere a verifica alcune nostre anticipazioni rispetto alle costruzioni dei professionisti della cura, mantenendo un approccio esplorativo che desse respiro a strade alternative. Siamo consapevoli che la nostra è solo una fotografia di un processo più complesso che riguarda tanto noi, quanto i partecipanti e il reparto di cui fanno parte.

Abbiamo rilevato il forte impegno, da parte di tutti, nel mettere l'ospite al centro delle proprie attenzioni di cura, a fronte di un lavoro costruito come molto impegnativo, sia fisicamente che psicologicamente. Una cura che si rifà ad un'accezione più globale, che implica quel preoccuparsi dedicando all'altro tempo e attenzioni, che sembra implicare che gli operatori si sentano più agenti nella relazione di cura e vivano le proprie azioni come utili ai fini del benessere di chi viene curato (Belloni, 2019). Nonostante non manchi qualche sguardo più proposizionale rispetto all'anziano, espresso nella volontà di comprendere la sua soggettività "personalizzando" la relazione di cura, l'impegno di "far stare bene" l'ospite sembrerebbe

¹⁹ Che potrebbe tradursi nel: "come mi sento io dipende da come stai tu" e viceversa "il tuo benessere/malessere dipende dal mio comportamento".

coincidere talvolta più con un’idea degli operatori dovuta a delle *strutturazioni* e alla difficoltà abbastanza condivisa di costruirne i processi, piuttosto che al sistema dell’anziano stesso.

Il nostro obiettivo non era quello di verificare o meno la presenza di stereotipi, quanto provare a comprenderne, laddove presenti, il significato e l’utilità per ciascuno, in termini di *scelta* (Kelly, 1955).

Soffermandoci sul significato che questi assumono per ciascuno, in linea con la PCP, emerge come possano essere un’arma a doppio taglio: da un lato potrebbero tutelare se stessi, dall’altro vincolare il proprio sé professionale con conseguenti vissuti dolorosi e frustranti. Al di là di alcune sfumature ermeneutiche, infatti, sembra esserci una forte *comunanza* tra OSS e infermiere nel costruire l’anziano in modo *prelativo e regnante* come persona *fragile e bisognosa*, in termini di dipendenza, visione che non solo potrebbe rischiare di tenere fuori il suo giocare un ruolo attivo, ma anche vincolare gli stessi professionisti nel solo ruolo di “familiari” che devono essere sempre sorridenti e “sul pezzo”.

Se la *strutturazione* sembra essere la *scelta* preferibile per gli operatori, possiamo ipotizzare che questa rappresenti il modo più elaborativo per far fronte ad un’eventuale minaccia del proprio ruolo professionale, ovvero il rischio di sentirsi inutili per la cura dell’altro. Per esempio, considerarlo *fragile e bisognoso* potrebbe essere importante per legittimare il proprio modo di incarnare la cura (fare stare bene) di fronte a situazioni costruite come ineluttabili, rendendo così maggiormente validabile la propria efficacia professionale.

Indossare le lenti della PCP in questo senso potrebbe essere una risorsa importante all’interno di un contesto istituzionalizzato di per sé strutturante, che tende ad interrogarsi poco sul senso delle proprie prassi, per poter allenare la propria *autoriflessività* a favore del benessere dell’anziano, del *caregiver* e della loro relazione.

Ipotizziamo, infatti, che favorire una costruzione più *proposizionale* dell’anziano, non dando per scontato il significato di *vulnerabilità* e *fragilità* nei suoi termini, e del proprio ruolo professionale, possa consentire di entrare in relazione non solo attraverso la dipendenza, ma anche giocando un ruolo con l’ospite, con la possibilità di considerare il punto di vista dell’anziano all’interno del processo di assistenza e di alleggerire il carico di responsabilità che molti di loro portano sulle spalle. In quest’ottica, ci è parso che i pochi partecipanti che anticipano l’ospite in modo più proposizionale potrebbero essere meno minacciati dall’idea di non essere così fondamentali per il suo benessere, affrontando, verosimilmente, più aggressivamente le invalidazioni.

A fronte dell’ipotetica difficoltà di frammentare il personale dal professionale, sebbene con differenze individuali, potrebbe essere importante aumentare la consapevolezza dei propri sentimenti così come dei vincoli del proprio sistema. La forte predisposizione al confronto rispetto alla propria pratica professionale e ai vissuti implicati che abbiamo riscontrato tra i partecipanti potrebbe essere un buon punto di partenza per favorire l’elaborazione di alcuni temi personali e la dispersione della dipendenza in termini di “supporto”. Inoltre, nonostante molti abbiano sottolineato la presenza di buoni rapporti tra colleghi, di fronte alla rilevazione di criticità la *strutturazione* dell’altro sembrerebbe, talvolta, la via più breve: potrebbe quindi essere utile favorire *socialità* anche in questa direzione.

Il percorso della nostra ricerca ha riscontrato anche dei limiti, di natura metodologica. Innanzitutto, ipotizzando che la mediazione iniziale della caposala abbia generato delle aspettative in termini di *desiderabilità sociale*, occorre tenerne conto osservando i risultati, e per una ricerca futura sarebbe meglio contattare direttamente i partecipanti senza intermediari. Inoltre, la perdita di 4 interviste delle infermiere ci ha impedito di dare voce al loro punto di vista e, in particolare, di elaborare ipotesi in termini di comunanze e/o di differenze fra i gruppi di professionisti. Alla luce di ciò, in un futuro potrebbe essere utile coinvolgere anche altre figure del reparto (medico, fisioterapista, psicologo ecc.) in modo da poter conoscere le loro costruzioni dell’ospite al fine di verificare se vi sono comunanze e/o differenze anche in virtù dei loro ruoli professionali.

Un’altra difficoltà di cui ci siamo rese consapevoli e che potrebbe aver limitato in parte l’approfondimento di alcuni costrutti, riguarda il non aver favorito sempre *laddering up* e *pyramiding* durante l’intervista. In una prospettiva futura, immaginiamo possa essere importante monitorare questo aspetto. In linea con un’esplorazione più articolata dei costrutti dei partecipanti che riguardano l’anziano e i propri vissuti, si potrebbe scegliere di proporre, insieme all’intervista semi-strutturata, le griglie di repertorio, anche per un’elicitazione più esplicita dei poli di contrasto.

Ritenendo fondamentale chiudere il ciclo dell’esperienza della ricerca costruttivista con una “verifica d’esperienza” (Armezzani, 2004), un primo sviluppo futuro del nostro progetto riguarda l’organizzazione di

un *focus group* di restituzione: ci ha colpito quanto l'opportunità di uno spazio di discussione sui temi emersi sia stata accolta da tutti i partecipanti con vivo interesse. Crediamo fortemente nel senso di promuovere il gruppo di lavoro come laboratorio per la sperimentazione attiva di letture e prassi alternative, compresa la valorizzazione e condivisione di quelle già presenti ed esperite come utili. Per andare a verifica di alcune ipotesi rispetto alle pratiche professionali, e al fine di mettere il punto di vista dell'anziano al centro del progetto di cura residenziale, in una prospettiva futura sarebbe auspicabile poter raccogliere anche le narrazioni delle persone residenti, possibilmente dello stesso reparto.

Ringraziamenti

Un grazie particolare va al Centro di Ricerca e Documentazione Costruttivista che con le sue pazienti consulenze ci ha accompagnato in questa nostra avventura esplorativa. Inoltre, ringraziamo tutti i partecipanti e l'*équipe* del reparto RSA di riferimento, a partire da medico e capo-sala, che ci hanno accolto nel loro mondo. Infine, ma non da ultimo, ringraziamo il Direttore UOS del Servizio di Psicologia e la Direzione Sociosanitaria, senza i quali non avremmo potuto implementare il nostro progetto.

Bibliografia

- Armezzani, M., (2004). *In prima persona. La prospettiva costruttivista nella ricerca psicologica*. Milano: Il Saggiatore.
- Bannister, D., & Fransella, F. (1986). *L'uomo ricercatore. Introduzione alla psicologia dei costrutti personali*. (G. Chiari & M. L. Nuzzo, Trad.). Firenze: Psycho di G. Martinelli. (Opera originale pubblicata nel 1971).
- Basso, D., (2014). *Il "viaggio" come strumento di animazione. Una proposta di intervento nei centri per anziani*. Milano: Franco Angeli.
- Belloni, E. (2016). *Il triangolo della cura*. Tesi di Diploma di Specializzazione, Scuola di Psicoterapia Costruttivista dell'Institute of Constructivist Psychology, Padova, Italia.
- Belloni, E. (2019). *Alzheimer, badanti, caregiver e altre creature leggendarie*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), pp. 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qpo630a>.
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), pp.243-246.
- Cohen-Mansfield, J. (1995). Stress in nursing home staff: a review and a theoretical model. *Journal of Applied Gerontology*, 14(4), pp. 444-466.
- Cooper, S. A., & Coleman, P. G. (2001). Caring for the older person: an exploration of perceptions using personal construct theory. *Age and Ageing*, 30(5), pp. 399-402.
- Ciusani, L. (2015). *Alcune considerazioni sulla presa in carico dell'anziano in Istituzione*. Consultato da <https://www.psicologionline.net/articoli-psicologia/articoli-psicologia-dintorni/644-anziano-istituzioni>.
- De Lillo, A. (2010). *Il mondo della ricerca qualitativa*. Torino: Utet Università.
- Ekstedt, M., & Fagerberg, I. (2005). Lived experiences of the time preceding burnout. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), pp. 59-67.
- Finch, J., & Groves, D. (1983). *A labour of love: Women, work and caring*. London: Routledge.
- Haight, B. K., Michel, Y., & Hendrix, S. (2000). The extended effects of the life review in nursing home residents. *The International Journal of Aging and Human Development*, 50(2), pp. 151-168.
- Holstein J. A., & Gubrium, J. F. (1997). Active Interviewing. In D. Silverman (a cura di). *Qualitative Research: Theory, Method and Practice*. London: Sage, pp. 113-129.
- Juthberg, C., & Erikson, S. (2010). Perceptions of conscience, stress of conscience and burnout among nursing staff in residential elder care. *Journal of Advanced Nursing*, 66(8), pp. 1708-18.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs* (vol. 1-2). New York, NY: Norton.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Koch, T., & Webb, C. (1996). The biomedical construction of ageing: implications for nursing care of older people. *Journal of Advanced Nursing*, 23, pp. 954-9.

- Lothian, K., & Philip, I. (2001). Maintaining the dignity and autonomy of older people in the healthcare setting. *BMJ (Clinical research ed.)*, 322(7287), pp. 668–670.
- Mantovani, G., & Spagnoli, A. (2003). *Metodi qualitativi in psicologia*. Bologna: Il Mulino.
- Murdaca, F. (2010). *Anziani e badanti*. Roma: Sovera Edizioni.
- Sandri, G. (2008). A constructivist approach to dementia. In Bourne D. & Fromm M. (Ed.), *Construing PCP: New Context and Perspectives. 9th EPCA Conference Proceedings*. (p. 115-122). Norderstedt: Books on Demand.
- Serranò, F., & Fasulo, A. (2011). *L'intervista come conversazione*. Roma: Carocci Editore.
- Solomon, K., & Vickers, R. (1979). Attitudes of health workers towards old people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 27 (4), pp. 186-91.
- Sørli, V., Kihlgren, A., & Kihlgren, M. (2005) Meeting ethical challenges in acute nursing care as narrated by registered nurses. *Nursing Ethics*, 12(2), pp. 133-142.
- Stenbock-Hult, B., & Sarvimäki, A. (2011). The meaning of vulnerability to nurses caring for older people. *Nursing Ethics*, 18(1), pp. 31-41.
- Tseng, S. Z., & Wang, R. H. (2001). Quality of life and related factors among elderly nursing home residents in Southern Taiwan. *Public Health Nursing*, 18(5), pp. 304-311.
- Westin, L., & Danielson, E. (2006). Nurses experiences of caring encounters with older people living in Swedish nursing homes. *International Journal of Older People Nursing*, 1(1), pp.3-10.
- Zaro, A., & Madera, M. R. (2010). *L'anziano al centro. Storia e processi di cura*. Varese: Macchione Editore.

Sitografia

<https://www.jobbydoo.it/descrizione-lavoro/operatore-sociosanitario>

<http://www.psicologiadellavoro.org/burnout-d1/>

<http://www.terzaeta.com>

Note sugli autori

Viviana Bongiorno
Institute of Constructivist Psychology
viviana.bongiorno@gmail.com

Psicologa e Socia Sci - Società Costruttivista Italiana. Lavoro come psicologa per il supporto dello sviluppo del bambino con disabilità visiva e della sua famiglia presso la Fondazione R. Hollman di Padova. Sono impegnata nell'ambito sociale, in particolare mi interesso di *mobbing* e diverse forme di disagio lavorativo così come di promozione del benessere nell'età anziana, nell'invecchiamento definito "patologico" e nella relazione di cura (*caregiver* e persona con demenza). Mi occupo di consulenza e sostegno psicologico individuale e di coppia.

Cecilia Pagliardini
Institute of Constructivist Psychology
cl.pagliardini@gmail.com

Psicologa libero professionista e Socia Sci – Società Costruttivista Italiana. Lavoro nell'ambito della disabilità, collaborando con il centro Esagramma di Milano in qualità di psicologa e musicoterapeuta: oltre a lavorare all'interno di gruppi di MusicoTerapiaOrchestrale® per bambini, adolescenti e adulti, sono responsabile di percorsi di sostegno psicologico per giovani adulti con disabilità intellettiva e sostegno alla genitorialità per le famiglie. Ho esperienze formative e professionali nel campo dell'età anziana, persone con demenza e sostegno ai *caregivers* familiari.