FeDiSA
FEDERAZIONE DIOCESANA SERVIZI AGLI ANZIANI

25

VENTICINQUESIMO ANNIVERSARIO

# saperi all'opera

ricerca apprendimento
a cura di Simona Nicolini

FeDiSA CADEMY
azione e pensiero in formazione

FeDiSA CADEMY
azione e pensiero in formazione

# saperi all'opera

a cura di Simona Nicolini

**ricerca apprendimento con un campione di operatori sociosanitari rispetto a: storia professionale, problemi e risorse, rapporto con il contesto di lavoro, formazione di competenze**

Finito di stampare nel mese di ottobre 2025

A casa ho delle rose bellissime
sono piccole e rosse
ma adesso non so dove sto,
mi ha sussurrato la signora seduta
il giallo sulla pelle
il fischio nel respiro
il raschio nella gola;

chissà quanti passi le saranno serviti
per arrivare fin qui
con il suo corpo offeso, la vestaglia slacciata.
(…)

Lei gira la testa di cronica
Mentre l'altro spinge il maniglione antipanico,
scomparendo in penombra.

Restano accese un momento nell'aria
le rose pronunciate
come qualcosa di morto e dopo salvato
(…).

*(PIERLUIGI CAPPELLO, Sala d'aspetto)*

# Sommario

Presentazione ..... 7

Prefazione ..... 9

CAPITOLO PRIMO - Le ipotesi e la metodologia del percorso di ricerca ..... 11

1.1. Perché una ricerca sulle professionalità e sui saperi degli operatori sociosanitari? ..... 11

1.2. Ricercare per ricomprendere: la metodologia per riconoscere ciò che c'è ..... 12

1.3. Le ipotesi di lavoro che sostengono la ricerca ..... 13

1.4. La progettazione del percorso di ricerca ..... 15

CAPITOLO SECONDO - Approfondimenti riguardo a storia professionale, rapporto con il lavoro, problemi e organizzazione, formazione ..... 18

1. La storia professionale delle operatrici sociosanitarie, tra saperi e motivazioni ..... 18

2. I problemi e le risorse nel lavoro per le operatrici sociosanitarie ..... 25

_Toc2100533683. I luoghi organizzativi del servizio, tra formale e informale ..... 32

4. La formazione alla base della professionalità dell'Operatore sociosanitario ..... 36

CAPITOLO TERZO - Spunti di approfondimento: ricercare orientamenti e prime ipotesi di lavoro per i saperi all'opera nelle strutture di FeDiSA ..... 46

1. I saperi all'opera dell'operatore sociosanitario. Un intreccio tra contenuti tecnici e esperienza personale ..... 46

2. Le interazioni vitali con i colleghi nell'organizzazione di servizio ..... 50

3. La formazione e la molteplicità di *Saperi all'opera* ..... 55

CAPITOLO QUATTRO - "*Cantiere formazione*" con i *saperi all'opera* nelle strutture di FeDiSA . 59

1. Cocostruire i saperi all'opera, tra contenuti consolidati e possibili sperimentazioni ..... 59

2. Sostenere la partecipazione delle operatrici nella costruzione dei saperi: la mediazione formativa ..... 62

3. La formazione come leva organizzativa nei servizi ..... 65

BIBLIOGRAFIA ..... 67

# Presentazione

Questa pubblicazione esce nel Venticinquesimo anniversario di FeDiSA, la Federazione Diocesana Servizi agli Anziani, che riunisce 17 case per anziani e disabili in 14 comuni della provincia di Reggio Emilia. Le celebrazioni per i 25 anni di attività offrono l'occasione per ripercorrere le radici e il cammino di un'esperienza che ha saputo unire identità, valori e servizio.

Oggi la Federazione coordina 17 strutture con oltre 800 posti residenziali e semiresidenziali e circa 600 operatori. FeDiSA svolge un ruolo di sostegno e di raccordo che spazia dalla formazione all'adeguamento normativo, fino al dialogo con le istituzioni pubbliche. Un ruolo che si è rivelato essenziale soprattutto durante la lunga e difficile stagione della pandemia, che ha profondamente segnato ospiti, famiglie, amministratori e operatori, ma che ha anche reso evidente, più che mai, il significato del lavorare in uno spirito autentico di cura.
Celebrare oggi il 25° anniversario significa riaffermare e diffondere questi valori, ponendo al centro la prossimità ai più fragili. Significa anche mantenere viva la memoria di sacerdoti, parrocchie, uomini e donne – volontari, infermieri, operatori, cuoche, addetti alle pulizie – che hanno reso e continuano a rendere le nostre case luoghi in cui le comunità si riconoscono e si ritrovano.

La ricerca-apprendimento "Saperi all'Opera" nasce da una riflessione interna al Comitato Scientifico di FeDiSA Academy. È stata realizzata dalla ricercatrice Simona Nicolini, alla quale vanno i nostri sentiti ringraziamenti per la competenza e l'impegno messi a disposizione, con il supporto organizzativo di Isabella Guidetti, che pure ringraziamo.

Le strutture coinvolte sono state tre – Casa Insieme, Casa Cocconi e Casa Cervi. Un ringraziamento particolare va ai loro Direttori e Coordinatori, ma soprattutto agli operatori e alle operatrici sociosanitarie che si sono messi in gioco con generosità, condividendo non solo competenze professionali ma anche vissuti personali, come potrete leggere nelle prossime pagine.

"Saperi all'Opera" rappresenta un ulteriore lascito di questo Venticinquesimo. Ci auguriamo che possa diventare punto di partenza per nuove opportunità, in particolare in ambito formativo, a beneficio di chi ogni giorno lavora nelle nostre strutture. Ma soprattutto, questo progetto vuole riconoscere e valorizzare

l’altissimo valore delle persone e delle professioni che custodiscono quotidianamente il senso più autentico del prendersi cura.

Giorgio Faietti
Presidente FeDiSA

# Prefazione

FeDiSA Academy nasce come progetto di studio, ricerca e formazione di alta qualità, con l'intento di accompagnare e indirizzare il lavoro dei professionisti che operano all'interno delle Opere associate a FeDiSA. L'Academy rappresenta uno spazio permanente di alta formazione e ricerca, con un catalogo di eventi e corsi rivolti a tutte le figure professionali: dai Presidenti ai Direttori, dai Coordinatori ai Responsabili delle attività assistenziali, fino agli operatori sociosanitari, infermieri, fisioterapisti, animatori e figure ausiliarie. La sua finalità è duplice: da un lato sostenere la crescita delle competenze tecniche e relazionali, dall'altro favorire una sempre più piena corrispondenza ai valori identitari e costitutivi delle nostre Opere, in risposta a bisogni di cura complessi e in continuo mutamento.

Il Comitato Scientifico di FeDiSA Academy, da me presieduto, ha accompagnato la nascita e lo sviluppo di questo percorso. Le sue componenti sono: Annamaria Agosti (Psicologa, Vicepresidente Progetto Crescere), Lucia Ianett (Docente, Direttrice Ufficio Pastorale della Salute Diocesi di Reggio Emilia), Maria Grazia Macchioni (Docente, ex Presidente OPI – Ordine Professioni Infermieristiche) e Simona Nicolini (Consulente e Formatrice) nonché la ricercatrice che ha svolto il progetto che di seguito potrete leggere. Un gruppo di lavoro qualificato e appassionato, che ha saputo dare continuità e visione all'impianto formativo e di ricerca.

La ricerca "Saperi all'opera" nasce proprio dall'osservazione e dal monitoraggio delle proposte formative elaborate nell'ambito dell'Academy sin dal suo avvio nel 2021. Abbiamo rilevato con chiarezza la necessità di focalizzare l'attenzione sulla realizzazione di percorsi che risultino realmente motivanti e coinvolgenti per il personale assistenziale, al fine di rafforzarne la qualificazione e, al contempo, sostenere la loro motivazione e fidelizzazione al lavoro di cura.
Con questo spirito si è avviata dunque la ricerca-apprendimento "Saperi all'opera: i saperi degli operatori sociosanitari nei servizi residenziali FeDiSA tra solidità di competenze e necessità di crescita professionale". L'obiettivo è stato quello di mappare e valorizzare le competenze degli operatori, per poi elaborare una proposta formativa mirata, pertinente e rispondente ai bisogni concreti.

Il percorso, curato dalla dott.ssa Simona Nicolini, componente del Comitato Scientifico di FeDiSA Academy e ideatrice del progetto, si è sviluppato a cavallo

tra il 2024 e il 2025 come tappa fondamentale per la crescita e il consolidamento della nostra comunità professionale. Lo restituiamo attraverso questa pubblicazione che avviene nell'anno del Venticinquesimo dalla nascita di FeDiSA.

Annamaria Marzi
Presidente Comitato Scientifico FeDiSA Academy

# CAPITOLO PRIMO - Le ipotesi e la metodologia del percorso di ricerca

## 1.1. Perché una ricerca apprendimento sulle professionalità e sui saperi degli operatori sociosanitari?

"*Dovremmo comprendere meglio alcuni dati relativi alla formazione nelle strutture di FeDiSA… come mai alcuni operatori ritornano a fare lo stesso corso in diverse occasioni? Come possiamo fare appassionare alla formazione anche quel personale che finora non abbiamo incontrato nei corsi? Su quali temi e contenuti possiamo soffermarci*?" (staff di FeDiSA Academy del settembre 2023)
Abbiamo pensato a una ricerca che servisse ad aprire un confronto diretto con gli operatori dei servizi residenziali di FeDiSA che più di tutti sono coinvolti nel lavoro assistenziale con gli ospiti. Le operatrici e gli operatori sociosanitari sono in prima linea nell'offrire servizi di qualità agli anziani, alle persone affette da malattie croniche e degenerative che sempre più si affacciano ai servizi residenziali e ai centri diurni in condizioni di non autosufficienza, o di progressiva perdita di capacità residuali.

A fronte di questa complessità ci è sembrato utile raccogliere dagli stessi operatori sociosanitari una descrizione non tanto delle modalità e delle azioni da loro esercitate per sostenere i percorsi di invecchiamento delle persone ospiti nelle strutture, quanto dei saperi impliciti o espliciti che si trovano a porre in atto, delle condizioni di apprendimento che ci sono anche solo in parte dentro alle strutture per affrontare i problemi che quotidianamente si affacciano nel lavoro. Parlare di *sapere* nel caso degli operatori sociosanitari implica mettere al centro la possibilità che la loro parola conti, che sia importante e siano da rimettere al centro le acquisizioni che vengono offerte da loro a contatto con il servizio offerto. Il sapere in questo senso ha a che fare con il *potere*: potere prendere parola, potere esprimere uno dei punti di vista (spesso quello più ravvicinato, e quindi non solo potenzialmente ricco ma altrettanto potenzialmente fuori fuoco) che entrano in gioco nei percorsi di cura degli anziani nei servizi residenziali e diurni loro offerti.

Nel settembre 2023 abbiamo quindi intrapreso un percorso di ricerca azione orientata all'apprendimento, con due obiettivi: una prima esplorazione dei problemi ricorrenti e dei saperi riconosciuti come presenti o al contrario ancora da costruire nella rappresentazione degli operatori, e una formulazione iniziale di indicazioni metodologiche per la formazione degli operatori stessi. Alla luce di

queste considerazioni, abbiamo costruito un progetto di ricerca che si è in parte modificato in corso d'opera, per raccogliere e incontrare le possibili azioni e interazioni che si sono create nei diversi momenti di incontro. Sono stati importanti gli incontri di elaborazione dei dati dall'inizio e lungo tutta la durata della ricerca innanzi tutto con Isabella Guidetti, referente incaricata da Confcooperative per FeDiSA e con il gruppo di progetto di FeDiSA Academy che ha seguito e discusso ogni fase, proponendo anche utili cambiamenti in corso d'opera. La ricerca è infine stata discussa in alcuni momenti di condivisione insieme ai presidenti, ai direttori e ai coordinatori dei servizi di FeDiSA.

### 1.2. Ricercare per ricomprendere: la metodologia per riconoscere ciò che c'è

Sono diversi gli approcci possibili alla ricerca sociale, a partire dalla macrodistinzione tra ricerca quantitativa e ricerca qualitativa, che presentano caratteristiche differenti a ogni livello della progettazione: nell'impostazione, nella rilevazione, nell'analisi e nella presentazione dei dati (Corbetta, 2014). La scelta di una ricerca qualitativa orientata all'azione ci è sembrata pertinente in relazione all'oggetto di lavoro: il sapere, con tutte le parti di ambiguità anche lessicale che offre l'utilizzo di questa parola. Questa scelta implica anche assumere fino in fondo l'ambiguità che è inevitabile, ed è congenita alla ricerca-azione, pervadendo anche la stessa presenza del ricercatore, come ci ricordano Brunod e Olivetti Manoukian (2008). Nei fatti, il rischio è di dare voce senza però davvero dare potere alle parole raccolte (per gli intervistati), e allo stesso tempo di assumere una idea di cambiamento orientata alle azioni da modificare e non alla natura di fonte di conoscenza che le stesse azioni e interazioni hanno nel dipanarsi della quotidianità. C'è un valore importante nel ricercare se la ricerca non è già orientata da ciò che deve scoprire; ha valore il ricercare per comprendere solo in seguito ciò che stavamo cercando. In questo modo, non troviamo necessariamente il mai visto, il mai verificato, il mai scoperto, quanto piuttosto comprendiamo meglio ciò che c'è per dare valore anche alle strade del possibile. Un altro aspetto che è prezioso nella ricerca è la possibilità/necessità di rivederne le fasi in corso d'opera, modificandone la traiettoria per mantenere così lo stesso orientamento, esattamente come capita a chi governa una nave, e a causa delle onde e dei venti, per proseguire verso lo stesso punto cardinale deve giocoforza modificare la direzione della prua. Dentro alla ricerca qualitativa entrano come valore aggiunto le situazioni che si generano nel suo farsi: un incontro di gruppo aggiunto per sostenere la progettazione di un focus group, una partecipante che si rifiuta di partecipare al focus, il necessario slittamento delle

tempistiche a causa delle ferie estive, sono tutti eventi in parte inattesi, in parte prevedibili, che offrono un punto di vista arricchito utile per la elaborazione di quanto emerso. È stato quindi necessario stabilire quali erano gli orientamenti da considerare nel realizzare questa ricerca. A fare da orientamento sono state alcune ipotesi di lavoro, che nel paragrafo successivo vengono descritti.

Dentro alla ricerca qualitativa si raggiungono saperi umili, nel senso proprio del termine che ha radice nel termine Humus, terra e quindi richiama la vicinanza alla terra, alla realtà quotidiana; essi portano a rivedere e ricomprendere situazioni già osservate in una luce parzialmente diversa. Per fare questo, sono preziosi i dati raccolti, che nel caso di questa ricerca sono le interviste, gli incontri di gruppo, i focus group realizzati, oltre ai materiali, testi, documenti prodotti in contesti analoghi, che aiutano a dare letture contestualizzate ed eccentriche rispetto a quanto emerge dal territorio. Questo testo è quindi organizzato con un capitolo dedicato alla ricomposizione dei dati emersi in forma di dialogo riportati nel testo in relazione alle quattro aree di esplorazione, un capitolo che presenta spunti di elaborazione che attraversano in modo longitudinale interviste e focus group, e infine una parte conclusiva per proporre alcuni spunti operativi per la formazione nei servizi residenziali per anziani di FeDiSA.

### 1.3. Le ipotesi di lavoro che sostengono la ricerca

Le ipotesi che hanno sostenuto la progettazione di questa ricerca sono essenzialmente tre.

a) La prima ipotesi di lavoro è che l'azione sottintenda sempre un pensiero, anche se non dichiarato; in questo ampio modo di intendere il pensiero si collocano anche i pensieri che si consolidano in saperi, ovvero intenzionalità apprese dalla esperienza e dalla pratica non sempre esplicitati e condivisi con altri. Spesso anche (ma non solo) nei lavori di natura manuale tali saperi assumono una valenza importante, fino a configurarsi come un vero e proprio bagaglio che connota approcci, scelte, motivazioni ad azioni istintuali, non negoziate con i colleghi né con l'organizzazione, sfuggendo così alla necessaria valorizzazione tipica delle competenze (Le Boterf 2008). Abbiamo quindi ipotizzato che dentro ai servizi per anziani le operatrici sociosanitarie (e i pochi operatori sociosanitari) siano costantemente alle prese con situazioni, episodi, necessità impreviste in cui è importante una risposta operativa, ma non sempre ci sono procedure chiare o ancora succede che le procedure siano chiare ma non fruibili all'immediato dalle operatici. Allo stesso tempo, succede anche che di

fronte a impegni faticosi e duraturi nel tempo le operatrici si rapportino con ospiti e colleghi secondo modalità fortemente orientate alla cultura di provenienza, che sia italiana o straniera. Infine, succede anche che i pensieri rispetto alle azioni proposte non trovino luoghi di ascolto e elaborazione, rimanendo quindi come materiale insaturo, non compreso, non riconosciuto dagli operatori stessi e dal servizio. Si tratta quindi di una ipotesi che mira a riconoscere dentro alle azioni realizzate nei servizi dalle operatrici non solo abitudini o particolarità personali, ma veri e propri modelli di impegno nel servizio stesso, che possono quindi avere ricorrenze, trasversalità, e possono quindi essere trattati con confronti, esplicitazioni, riformulazioni adatte al contesto di servizio in cui si inseriscono. Questi saperi insaturi parlano naturalmente anche alle competenze e alla definizione che spesso ne viene data, in modo semplificato, distinguendo tra sapere, sapere fare, saper essere; per l'ipotesi tratteggiata naturalmente l'idea di competenza richiama da vicino gli aspetti di natura psicosociale che attraversano i confini della professione, oltre all'inserimento della professione e di chi la interpreta dentro a un ambito significativo come quello dell'organizzazione di servizio.

b) La seconda ipotesi di lavoro riguarda la formazione, intesa come un processo di sviluppo personale e professionale che avviene in legame con l'organizzazione di servizio. La formazione è quindi un ambiente di apprendimento nel quale le rappresentazioni, i saperi acquisiti dal gruppo partecipante, gli usi che i partecipanti possono fare di tale apprendimento sono centrali per il formatore, ma soprattutto per l'organizzazione del servizio (Jobert 2005). Serve considerare gli itinerari personali, non solo i cosiddetti bisogni e contenuti della proposta formativa; per questo motivo non è possibile disgiungere completamente la domanda formativa dalla persona, né la formazione dal contesto organizzativo in cui si colloca la domanda. Essa rappresenta quindi una leva importante per il cambiamento dell'organizzazione stessa.

c) La terza ipotesi riguarda il lavoro con percorsi di uomini e donne in condizioni di cronicità ospitati nei servizi residenziali, l'ipotesi è che al centro debba esserci la relazione socioassistenziale cocostruita dalle diverse figure professionali. Rispetto alla relazione socioassistenziale, nonostante non sia all'ordine del giorno nei telegiornali, si sono verificate le condizioni per un cambio di paradigma significativo nei servizi residenziali per anziani. Gli anziani sono in un numero sempre maggiore in termini assoluti e relativi in Italia. Se la vita dura più a lungo, occorre dare vita agli anni delle persone. In questo senso una ipotesi di lavoro riguarda proprio la tipologia di servizi residenziali e diurni per anziani,

nelle quali si trova spesso una ricerca di una maggiore competenza farmacologica, mentre nei fatti le esigenze di competenza portano di più a altre parti, di relazione di cura, ascolto, e di cocostruzione tra figure professionali diverse. Sulla base di queste ipotesi di lavoro, abbiamo definito il progetto di ricerca e le aree di esplorazione[1].

### 1.4. La progettazione del percorso di ricerca

Il percorso di ricerca si è articolato in tre fasi:

a) la raccolta di esperienze, riflessioni, considerazioni e domande da parte di un gruppo di operatrici e operatori sociosanitari di tre servizi residenziali, situati in contesti geografici diversi e con differenti caratteristiche organizzative. Sono state realizzate 15 interviste (3 delle quali a figure di coordinamento e Responsabili di Attività Assistenziale). La prima fase si è articolata nei mesi di febbraio –aprile 2024.

b) La condivisione dei primi esiti con i gruppi intervistati e la discussione di temi specifici tramite incontri a gruppo di servizio e focus group. Oltre alle persone intervistate sono stati coinvolti altri 16 operatori. La seconda fase si è articolata nei mesi di Settembre-Novembre 2024.

c) Condivisione in incontri progettati da FeDiSA Academy, come contributo alla definizione delle linee di formazione per l'anno 2025-26; restituzione alla committenza, ovvero al Consiglio Direttivo di FeDiSA, dei principali contenuti emersi dal lavoro di ricerca e al gruppo dei presidenti e consiglieri, dei direttori e coordinatori dei servizi aderenti a FeDiSA per Marzo 2025. La terza fase si è svolta nel periodo Settembre 2024- Marzo 2025.

La scelta delle strutture associate nelle quali realizzare il progetto è avvenuta per candidatura. FeDiSA ha lanciato una "call" per spiegare a tutte le associate i contenuti e gli obiettivi della ricerca apprendimento e ha poi raccolto le manifestazioni di interesse specificando che il percorso sarebbe stato realizzato in due realtà, scelte sulla base di alcune considerazioni: disponibilità ad approfondire i saperi da parte dell'équipe coinvolta; la realizzabilità di sperimentazioni in servizio nei mesi successivi, la sostenibilità di un impegno complessivo per la struttura di circa 30-35 ore di diverse figure professionali tra operatori e figure di coordinamento, la distribuzione di risorse per

[1] Ci siamo riferiti a testi utili per comprendere che cosa implica oggi operare nei servizi residenziali per anziani. Ci riferiamo in particolare al testo curato da Olivetti Manoukian e Tarchini (2020), da cui abbiamo tratto spunti specifici per definire le aree di esplorazione, e a due testi di Fazzi (2014 e 2021).

l'apprendimento in servizi di FeDiSA differenti per dimensione, diversificazione e collocazione territoriale. In base ai requisiti descritti il campione di strutture è composto da Fondazione Casa insieme onlus (Bagnolo in Piano – Distretto di Reggio Emilia); Fondazione Casa Famiglia Carlo e Lucia Cocconi (Campegine – Distretto Val D'Enza); Albinea Insieme Casa Luigi Cervi, per la sola fase di interviste agli operatori.

Gli operatori coinvolti in interviste e focus group sono stati complessivamente 29, di cui 26 operatori sociosanitari e 3 figure di coordinamento. Per quanto riguarda il campione dei 26 operatori sociosanitari incontrati ne riportiamo i principali dati. È presente un solo maschio, per il resto si tratta di operatrici sociosanitarie. Per età, circa tre quarti degli operatori incontrati (77%) appartiene alla fascia d'età attiva tra i 25 e i 59 anni; sono state incontrate anche 4 operatrici della fascia più giovane (20-25 anni) e 2 operatrici di sessanta anni e oltre. Per provenienza, circa la metà (12 su 26) provengono da Paesi esteri: 6 dall'Est Europa, 1 da un Paese dell'Europa Nord Occidentale, 4 dal continente africano (2 dal Maghreb e 2 da Africa Occidentale e Corno d'Africa), 1 dall'India.

Essendo una ricerca qualitativa ci si è orientati verso metodi e strumenti di lavoro pertinenti per il tipo di dato da raccogliere: l'intervista non strutturata, con la definizione di alcune aree tematiche da esplorare tramite domande la cui formulazione è indicativa, ma non predefinita, proprio come avviene in un dialogo e in un confronto; il focus group come metodologia per ampliare il confronto al gruppo di lavoro, discutendo temi evidenziati come rilevanti nelle interviste precedenti, focalizzandosi su due punti in particolare. Le tracce delle interviste e dei focus group si trovano come allegati in fondo al testo.

Il processo qualitativo esplora i contenuti ricorrenti, lascia emergere le affinità e le differenze nei racconti, le relazioni tra rappresentazioni diverse pur nello stesso servizio, le incongruenze e le fatiche nel descrivere e nel rapportarsi ai temi da trattare.

Le aree tematiche esplorate sono in sintesi le seguenti.

a. ***La storia professionale in riferimento a saperi e motivazioni***: Quale narrazione prende forma nel descrivere le proprie scelte professionali? Quali tratti sono richiamati per definire le motivazioni rilevanti nell'operare quotidianamente nei servizi? i contenuti ricorrenti, i saperi acquisiti.

b. ***Il rapporto con il lavoro da Operatore sociosanitario***. Quale rappresentazione emerge rispetto ai problemi incontrati nell'operare? quali risorse e aiuti sono colti come rilevanti per il ben operare? Quali saperi sono ritenuti un bagaglio necessario per l'operatore sociosanitario?

c. ***L'interazione sui problemi con gli altri e con l'organizzazione.*** Quale senso e utilità viene attribuito dagli operatori ai luoghi organizzativi del confronto all'interno dell'organizzazione di servizio? quali modalità preferiscono per affrontare in modo condiviso i nodi critici del lavoro quotidiano?

d. ***Il senso e l'utilità della formazione.*** Il riconoscimento da parte degli operatori sociosanitari del possibile sviluppo di competenze personali e professionali nel servizio; quali sono i contenuti formativi ritenuti importanti per affrontare le criticità nel lavoro?

*Un ringraziamento*

Questa ricerca non sarebbe stata possibile senza l'aiuto e la disponibilità delle operatrici, delle responsabili e della coordinatrice intervistate. A loro dedico un ringraziamento speciale, per la disponibilità a condividere non solo il loro lavoro con me, ma anche parti importanti della loro storia. Non si sono risparmiate e le interviste sono state per me ricche di contenuti densi.

Come ha detto una coordinatrice di servizio ina una delle restituzioni di questa ricerca: "Ma perché questa ricerca non l'abbiamo fatta anni fa?"

Non importa quanta strada facciamo insieme, può essere breve o di lunga durata; importa quanto riusciamo a avvicinarci gli uni agli altri. Questo ringraziamento è anche un augurio di buona prosecuzione nel movimento di ricerca reciproca.

# CAPITOLO SECONDO - Approfondimenti riguardo a storia professionale, rapporto con il lavoro, problemi e organizzazione, formazione

## 1. La storia professionale delle operatrici sociosanitarie, tra saperi e motivazioni

Nelle interviste svolte con le operatrici sociosanitarie abbiamo chiesto di raccontare il proprio percorso professionale, con l'idea che potesse essere utile per comprendere almeno due elementi che entrano in modo potente nel ruolo di operatore sociosanitario: le motivazioni e i saperi impliciti e informali. Da un lato vi sono le motivazioni, intese come scelte e spinte che hanno portato la persona oggi a lavorare come operatrice in quella struttura, in quel contesto. Parliamo al plurale perché sappiamo che non ne esiste una sola, ma tante sono le motivazioni che si sovrappongono, si alternano, traggono maggiore forza una sull'altra in certi momenti, e in altri si affievoliscono. Sono anche in interazione con i contesti di vita, di appartenenza, con cause non sempre afferrabili, non sempre di libera scelta. Restano comunque segni nel percorso professionale della persona, anche se non sempre consapevoli, e nei fatti in diversi periodi di vita si applicano letture diverse al proprio percorso. Dall'altro lato ci interessava approfondire un aspetto del ruolo che ha grossi effetti nel modo in cui si lavora, influendo nell'agire professionale, pur non avendo magari spazio di parola esplicita se non nei suoi effetti pratici: i saperi inconsapevoli che le operatrici portano dal loro bagaglio personale, familiare, culturale in senso complessivo. C'è stata generosità e fiducia nell'offrire questi aspetti di se', e questo capitale sociale di fiducia pare interessante tenerlo presente perché non scontato, in altre professioni o in altre strutture non avviene in modo così naturale, mentre in questo caso le operatrici sono state disponibili a raccontare parti di se' personali, intime, rispetto a eventi luttuosi, sofferenze, scelte che hanno dovuto affrontare.

Emerge un ritratto non tanto oggettivo in senso fotografico e archivistico, piuttosto sono le loro rappresentazioni delle motivazioni per questo ruolo, il loro modo di interpretare i saperi impliciti su cui la professione è basata.

### 1.1. "Per questo ho scelto di fare l'operatrice sociosanitaria".

Da dove comincia il racconto di una scelta professionale?

Per quattro operatrici incontrate il racconto inizia con esperienze personali dolorose attraverso le quali sono passate. Si tratta spesso di malattie e lutti che

hanno colpito da vicino la vita delle persone, che possono essere uno snodo significativo vissuto nel tempo come elemento di valore. "*A 13 anni ho seguito in Ucraina la nonna che aveva un cancro allo stomaco, era in metastasi e ci hanno detto che era incurabile. Alla fine la nonna faceva urli, come una signora qui che gridava, mamma mamma. Da lì ho capito che dovevo diventare infermiera, e ora qui in Italia faccio l'OSS*". "*Pensavo che mia nonna in Ghana facesse i capricci, invece ora penso e so che era affetta da demenza*".

Sono racconti in cui emerge frequentemente un vissuto di tenerezza e senso di impotenza. Talvolta la malattia e il lutto si inseriscono in percorsi di vita che poi portano a orientarsi verso scelte professionali definite nel tempo. Si comincia con altro lavoro, e poi avviene la virata verso il percorso professionale da Operatrice socio sanitaria. L'intervento di persone care aiuta nel costruire questi piani alternativi; le motivazioni della scelta sono legate anche a consigli da parte di chi conosce le caratteristiche personali, offerte proprio nel momento della difficoltà e dello scoraggiamento. "Ero responsabile in un ristorante. Poi ho avuto un grave lutto in famiglia con la morte della nonna. Allora mia madre mi ha detto: perché non fai qualcosa per gli altri? ne avevo bisogno. Così ho fatto il corso OSS a pagamento. Mia madre mi ha spinto: sei giovane, puoi cambiare".

Per altre quattro operatrici la scelta professionale non nasce da lutti ma si mescola a esperienze familiari, a vicinanze e affetti che hanno dato indicazioni, offerto pareri, incoraggiato o creato le condizioni per questo inizio. "E' *stato questo il mio primo lavoro. Mia zia era badante e veniva qui a imboccare la signora che seguiva, quando la zia tornava nel nostro Paese la sostituivo io, stavo con la signora e la imboccavo. Poi ho fatto la volontaria. Mi è piaciuto, avevo una certa sensibilità su questo; venivo tutti i giorni mattina e pomeriggio*". Il volontariato può servire in un primo approccio al mestiere, per poi appassionarsi, così come avere fatto lavori affini, nel contatto con persone vulnerabili. Come si vede, alle volte l'incontro con la professione è avvenuto dopo esperienze professionali diverse.

Altre quattro operatrici hanno intrapreso la professione (o comunque professioni simili) all'inizio del percorso di lavoro; si tratta di lavoratrici che collocano la scelta in un contesto più ampio, e hanno definito un loro itinerario professionale anche professionalizzandosi con la formazione professionale. Portano una narrazione della loro scelta più basata su criteri definiti e chiari, anche il linguaggio usa termini tecnici e di conoscenza del settore. "*Da quando ero piccola mi piacevano le professioni sanitarie: infermieri, medici,. Insomma, l'aiutare gli altri. Qui ho cominciato come badante, sono in Emilia Romagna dal*

*2019, prima ero a Pescara. Ho preso il patentino, fatto il tirocinio qui e mi hanno preso". "Facevo l'Istituto professionale per i servizi sociali, in terza abbiamo fatto il corso oss e tirocinio, avevo 16 anni. Ha cominciato a piacermi, prima non sapevo neanche che cosa facevo. I miei genitori poi facevano i volontari in Croce rossa. Oggi mi vedo solo qui, e alla fine io devo tutto ai miei insegnanti delle superiori"*.

Nella metà circa delle interviste, la storia professionale delle operatrici attraversa mestieri diversi, e talvolta si piega verso la professione di operatrice sociosanitaria in una modalità che viene percepita come ovvia e legata alle esigenze di lavoro. **"***Prima lavoravo in sala parto e nido, sono passata da ue ue alla morte, un po' traumatizzante (ride)". "Da giovane facevo l'istruttrice di nuoto, e lì ho incontrato il sociale, con persone e bambini con difficoltà"*. In tutte le interviste il racconto è intriso di vissuti emotivi, punteggiato di risate o al contrario di momenti di tristezza, ma comunque vivo e ben presente. In un solo racconto non emerge alcun appiglio legato a fatti personali, esperienze sociali, scelte di indirizzo, e resta in ombra anche il coinvolgimento emotivo. "*Nel mio Paese prima facevo la segretaria, ma non pagavano gli stipendi; mia figlia grande studiava e ho deciso di emigrare qui in Italia. Ho lavorato 6 mesi al sud, (…) Avevo una amica qui vicino che lavorava e allora ho lavorato con un anziano demente. Ho deciso di rimanere anche dopo quella esperienza; mi hanno proposto una fabbrica, ma io volevo lavorare con anziani. (…) Mi piace di più lavorare con le persone che non in fabbrica".* La descrizione del percorso di questa operatrice è fatto di scelte di necessità, come gli altri racconti, e anche di intraprendenza, ma non emergono fili di intreccio personale o lavorativo che portino a riconsiderare esperienze passate; tutto pare legato alle necessità di una traiettoria che porta da un Paese straniero al paese reggiano attuale, a preferire il lavoro di Oss piuttosto che il lavoro in fabbrica. Troviamo un ritratto e una descrizione di questa tipologia di percorsi più calcolati nelle riflessioni delle responsabili. **"***L'origine della professione è una bella cosa. Alle volte però la persona non lo voleva fare questo lavoro, era costretta per potere vivere. Magari non lo fa male, si impegna come un bravo operatore, però secondo me (…) La nostra è una professione che se non hai la vocazione è un problema, a me dispiace perché arrivare alla pensione fai fatica, e ci sono delle persone che soffrono*". In un'altra intervista invece la scelta di questo lavoro si consolida con esperienze belle e ricche che hanno irrobustito le motivazioni, con avventure professionali che portano a progettarne di analoghe. **"***Avendo viaggiato molto, ho colleghi che sono*

*all'estero, una ex collega infermiera è nel Nord Europa, mi ha mostrato la struttura con un video, sembra un albergo. Là hanno molte regole, quando vanno nei reparti tutti fanno così. Come operatrici, abbiamo dei sogni, facciamo il servizio in un certo modo! Ho fatto l'esperienza di portare gli anziani al mare, l'esperienza è stata bella, un piano era tutto nostro, è stato bello. Con una ex collega ne parlavamo… peccato non rifarlo".*

Complessivamente, salvo eccezioni nominate prima, nelle interviste si è creato un clima di grande condivisione. Le operatrici hanno raccontato volentieri e in modo dettagliato il loro percorso professionale, a dimostrazione di un desiderio di riconoscimento di sé importante, ma anche di una rappresentazione del proprio percorso che acquista più senso nel momento in cui è messo in connessione con le esperienze del passato.

In che modo si parla di queste traiettorie di vita e professionali dentro al servizio? Dai racconti individuali, ma soprattutto dagli scambi di gruppo prende forma una idea ricorrente, ovvero che di questi tratti personali inerenti la storia professionale di ciascuno si parli soprattutto in momenti di informalità, come il giro letti, il cambio turno, la pausa, non dentro a incontri formalizzati del servizio. Le operatrici ricordano incontri dedicati a questo con una psicologa, come misure utili anche per combattere il burnout dell'operatore; per il resto, lo scambio è raccontato come momento informale, a lato del lavoro, pur essendo sentito come momento utile, ricco, portatore di energie positive. "*Non so perché le altre abbiano scelto questo lavoro, però di quasi tutte conosco la storia. È stato a parlare in corsia, nel giro letti*". "*E' importante sapere da dove veniamo, ma abbiamo poco tempo per dirci le cose, sembra banale. Una volta parlavamo a fine turno, adesso no. Rimanevi dopo il turno con piacere*". In termini di qualità dello scambio rispetto alle storie personali, accanto al riconoscimento della sua utilità, le operatrici fanno una distinzione qualitativa, portando l'attenzione sul senso della conoscenza reciproca, che non deve essere fine a se stessa, o solo legata a una superficiale curiosità.

Il lavoro porta per necessità a ragionare di appartenenze culturali diverse, siano esse legate a regioni diverse di Italia o del mondo; anche la conoscenza degli strumenti da utilizzare, così come il modo di rapportarsi con l'anziano, con l'ospite e la famiglia possono declinarsi diversamente. "*Quando mi trovo in turno i nuovi, se le cose non le fanno con destrezza, allora chiedo loro che cosa facevano prima, le motivazioni che hanno. Perchè lo chiedo? Perché c'è chi non ha conoscenza dell'anziano, o magari ha conoscenza dell'anziano in un'altra*

*regione o un'altra cultura, ed è già diverso".* La necessità di conoscere le storie delle persone che operano in servizio appare collegata alle indubbie necessità operative, e ha proprio senso, laddove il modo di rapportarsi alle necessità dell'ospite risulta fortemente legato a esperienze personali non sufficientemente elaborate. Forse rimane meno visibile il potenziale di riconoscimento e di legame che la condivisione di tratti di percorso individuale portano alle persone nell'organizzazione; potrebbe essere da trattare nel percorso di lavoro di servizio nel qui e ora.

Dal punto di vista dell'investimento affettivo che tocca la sfera motivazionale ma non si esaurisce in essa, in molte interviste le parole per descrivere quello che si fa sono spesso intrise di un contatto caldo e ravvicinato, che poi porta anche a tratti di idealizzazione del lavoro. "*Questo lavoro lo devi fare col cuore, se no è sbagliato farlo".*

Nella discussione in gruppo, il tema viene descritto attraverso la distinzione tra parti professionali diverse: un lato personale affettivo e un lato maggiormente tecnico assistenziale. Questi due lati risultano come oscillazioni nei racconti delle operatrici, alle volte più importante uno, alle volte l'altro; sarebbe in realtà necessaria capire come è possibile tenere una parte affettiva con l'ospite se la parte affettiva non è in relazione con le azioni assistenziali? "*Magari sei un bravo operatore a lato assistenziale, però se manca il lato emotivo e sociale, che è sempre parte dell'operatore sociale, perdi un gran pezzo. E poi non curi bene l'ospite, se stai solo sul lato assistenziale, perché per me poi non è fatta neanche bene la parte assistenziale. Con l'ospite è importante che gli parli: cioè il lato relazionale e sociale, non solo quello assistenziale"*.

La parte affettiva richiama ovviamente la soggettività delle operatrici, che alle volte sfocia in prassi operative e atteggiamenti non supportati da conoscenze specifiche. Come vedremo nel prossimo paragrafo, occorre approfondire anche la parte implicita di tali scelte operative.

### 1.2. I saperi impliciti e i percorsi di apprendimento. Autori, maestri, contesti per imparare la professione

Alcune operatrici nel racconto dei saperi legati alla professione, non colgono tanto l'aspetto tecnico dell'apprendimento, quanto piuttosto l'intuito, una singolare sensibilità che ritengono di avere sviluppato rispetto a segnali e situazioni specifiche. "*Io so che a un ospite serve tenere la mano sul braccio e all'altro no. Come si impara? Io me ne accorgo prima. Sento prima se qualcosa*

*sta per succedere. Ad esempio mi sentivo che la persona moriva. È anche l'intuito che ti guida"*. Prende forma, per una parte minoritaria delle operatrici, un complesso di credenze e sensazioni che -al pari delle culture di provenienza- orientano la lettura di ciò che succede nel servizio. Non utilizziamo il termine competenza, che ha come componente essenziale l'essere in grado di descrivere il perché dell'agire professionale. Sono piuttosto *convinzioni* che vanno a fondare il proprio modo di interpretare la professione, anche di fronte agli altri operatori. In questi percorsi professionali assume un ruolo rilevante nella formazione il decostruire gli apprendimenti, e non solo l'imparare nel servizio.

Vista la rilevanza attribuita dalle intervistate alla soggettività del lavoro di operatrice sociosanitaria anche la formazione iniziale è descritta per lo più come affiancamento e apprendimento tra pari: è quasi per osmosi che si impara, nel rapporto tra colleghe. Solo in due interviste sono citate come figure di apprendimento la responsabile di attività assistenziale e una infermiera; per il resto tutte riportano come cruciale lo scambio con le altre operatrici. Questo elemento sarà ripreso in altre parti delle interviste, ma già possiamo considerare importante lo scambio tra operatrici già presenti in servizio per la formazione in ingresso. "*Come si impara? Si impara con l'osservazione delle colleghe. Siamo in tante, ci sono cose da prendere e cose da non prendere, perché c'è chi non è motivato o è stanco. (…) Serve un certo spirito, serenità, allegria,.. io ho vissuto il decadimento di mia nonna, mi tocca… lo sento negli altri"*. La conoscenza linguistica passa a sua volta attraverso il confronto e l'ascolto delle colleghe, più che con lezioni e libri. "*Come ho imparato? Ero a zero per la lingua, solo nel tirocinio grazie alle colleghe ho imparato, ad esempio per l'igiene l'ossido di zinco, se usi le dita diffondi i germi. Anche la lingua l'ho imparata grazie alle colleghe, non parlavo neanche una parola*".

Nel racconto della formazione iniziale, nei primi tempi di lavoro, ci sono i timori di sbagliare, di fare del male, di causare dei danni; anche per questo la presenza di colleghe a fianco è sentita proprio come un grande aiuto. Ci sono paura, gratitudine, senso di riconoscenza, vissute nella prima parte in modo forte nei confronti delle colleghe, in una sorta di trincea in cui si deve operare per persone fragili affidate nel servizio. "*Ho imparato dai colleghi, bravissimi, poi mi ha aiutato la volontà. (…) Tante escono di scuola, dovrebbero già saperlo, ma quando vedo che fanno accomodare male la persona seduta se mi ascoltano gli spiego*".

Prende forma un'idea di apprendimento della professione fortemente influenzata dall'esperienza personale non oggettivabile, che rende necessaria la

condivisione stretta con gli altri, quasi un passaparola che affianca e fa da sotto testo alle procedure. Le procedure sono presenti, ma non possono entrare nelle tante pieghe specifiche del servizio, talvolta vengono superate dalle esigenze del quotidiano.

È però possibile vedere le opportunità che si aprono laddove l'apprendimento si fa più permeabile. "*Nel centro diurno fai cose diverse, per esempio, non misuri la glicemia, qui lo fa l'infermiere come invece succede quando fai il turno di notte. Ci sono abitudini che devi modificare. Impari e disimpari e impari in modo diverso. Alle volte fatichi a lasciare le cose. Quando si è abituati in un certo modo la modalità di lavoro diversa non la prendi bene. La fatica del cambiamento è legata al lasciare quello che conosci*". Nell'imparare l'operatrice ricorda il disimparare; imparare e decostruire l'apprendimento sono come movimenti ciclici in interazione con altri. La consapevolezza di che cosa sappiamo fare in un certo modo, per abitudine, per cultura, per scelta, è altrettanto importante della capacità di accogliere e ricercare apprendimenti diversi. Prende così forma un approccio alla competenza meno personalistico, più in grado di costruire organizzazione.

Oltre all'apprendimento primario della professione legato all'affiancamento più o meno formalizzato con altre operatrici, le intervistate hanno richiamato naturalmente il percorso più strutturato di formazione per la qualifica di Operatore sociosanitario, erogato dalla formazione professionale. Le operatrici, citando i corsi fatti per prendere il cosiddetto "patentino OSS", descrivono le criticità incontrate in particolare nel periodo Covid, periodo in cui, per le normative imposte dalla pandemia, hanno potuto fruire delle lezioni per lo più online. "*Prendi il patentino, trovi delle cose nuove ma nel corso c'è qualcosa che manca. Quando l'ho fatto io c'era il covid, era online a mancavano delle cose. Ad esempio per la mobilizzazione non c'era la parte pratica, e comunque erano dedicate solo poche ore*".

In generale nelle parole delle operatrici che non citano maestri o testi, possiamo vedere una distanza dai saperi appresi sui libri, considerati come modelli "da scuola", che non paiono all'altezza delle situazioni da affrontare. "*Ho fatto il corso OSS (…), soprattutto ho imparato con la pratica di tutti i giorni. Ad esempio come fare la mobilizzazione, a scuola impari ma qui ci sono i dettagli, la crema, di fianco a destra o a sinistra..., anche ascoltare l'ospite è pratica. Ho preso di qua e di là, ad esempio a usare il nastro, il cotone di Germania, il selfix,…"." Quando sono arrivata qui in servizio ero preparata, in ospedale con il*

*tirocinio ho visto dei "trucchi". I libri oss invece non sono aderenti al lavoro, la realtà è diversa. Devi avere chi ti spiega; meglio essere in due, all'inizio"*. Il sapere costituito, ovvero quello dei libri, pare distante, poco utile nel lavoro. Potremmo però anche chiederci se il problema sia che non esistono saperi nei libri che possano parlare all'azione, o se invece quello che servirebbe non è testi nuovi ma dedicare tempo e energie per creare un legame tra i pensieri e l'azione stessa degli operatori, costruendo saperi utili? Nei fatti, come raccontato da alcune delle operatrici rispetto alla loro esperienza di convegni a cui hanno partecipato, se una attività formativa tocca le corde della parte esperienziale, e si apre all'apprendimento tra pari e insieme a saperi diversi, tutte ne parlano con grande apprezzamento. Approfondiremo questo aspetto nel paragrafo dedicato alla formazione.

## 2. I problemi e le risorse nel lavoro per le operatrici sociosanitarie

Alle operatrici intervistate abbiamo chiesto quali fossero le principali difficoltà, i problemi che incontrano da Oss nel lavoro. Dall'incontro individuale abbiamo tratto una mappa delle difficoltà, che è stata discussa con il gruppo delle intervistate nell'incontro precedente al focus; negli stessi focus group, poi abbiamo chiesto le difficoltà ma anche quali sono le risorse, gli aiuti che sostengono nel lavoro quotidiano. Ne esce un quadro in cui ci sono ricorrenze che verranno di seguito raccontate. È però interessante riportare le voci meno presenti nelle interviste, perché ci possono aiutare a cogliere voci dissonanti, punti di vista minoritari che talora possono veicolare modi diversi di vedere i problemi.

La descrizione degli elementi di difficoltà nelle interviste individuali è stata sobria, riportata in modo diretto e semplice, mentre sugli stessi temi di difficoltà l'accento posto nei focus group si è caricato di maggiore emotività. Nel focus group vi era una domanda sulle risorse, in modo da raccogliere versioni meno polarizzate in bianco e nero della realtà di servizio, e per stimolare il gruppo a approfondire il proprio punto di vista. La parte sulle risorse è quindi numericamente meno presente, perché è stata approfondita solo nei focus group.

### 2.1. "Il problema è il cambiamento degli ospiti".

I problemi descritti dalle operatrici sono di natura diversa, la parte centrale e ricorrente però riguarda il nucleo di relazione assistenziale con i clienti e gli ospiti del servizio. Molte interventi di operatrici e di responsabili infatti hanno sottolineato il cambiamento importante che si sta verificando a livello di tipologie

di clienti del servizio, ovvero gli anziani che sono ospitati nelle Case di riposo coinvolte e quelli accolti nei centri diurni. Nella descrizione che viene fatta di questo cambiamento nei beneficiari del servizio pare di sentire il racconto di un fiume in piena, qualcosa di non controllabile che sta avvenendo fuori dal servizio e porta degli esiti dentro al servizio. Premono dall'esterno bisogni e necessità non contenibili, difficili da trattare, complessi da gestire. In tale situazione hanno valore le osservazioni dirette, gli insegnamenti tratti dal lavoro quotidiano, l'aiuto competente che arriva in termini di rinforzo dalla funzione delle risorse umane nel servizio. Non ci sono letture approfondite dei fenomeni né contestualizzazione delle ragioni e delle macro questioni che attraversano la vita delle famiglie e delle persone oggi: avvengono cose che non riusciamo a frenare, frutto di questo tempo, in buona parte in una evoluzione negativa. "*Il problema è il cambiamento negli ospiti. Consideri che ora per l'80% sono non autosufficienti. Si sente di più la fatica con i non autosufficienti. (…) Abbiamo anche la demenza degenerativa: entrano camminando per conto loro e dopo due mesi non camminano più, sono in carrozzina, come successe a mia nonna". "Il nonnino di 15 anni fa, quello di prima del Covid non c'è più, adesso se ha capacità lo tengono a casa e qui arrivano quando non si riesce a gestirli a casa. In più le famiglie lo vorrebbero gestito come prima … in struttura le aspettative dei familiari sono alte"*.

Non essendoci una visione maggiormente approfondita e elaborata rispetto ai movimenti ampi dal punto di vista sociologico rispetto ai profili delle famiglie di oggi, le questioni difficili con ospiti dal percorso psicosanitario complesso sono spesso attribuite a mancanze, difficoltà comunicative, o addirittura a colpe di qualcuno che non ha saputo evitare la situazione di accoglienza dell'ospite in una struttura giudicata non adatta. "*Ecco, per me un problema è che accogliamo ospiti non adatti alla struttura, esempio gli psichiatrici escono e si mettono in pericolo. (…) Io invece ho più difficoltà a gestire persone terminali. Non siamo pronti, ci servono più competenze, per sapere come parlare con loro, noi non abbiamo né tempo né risorse*".

Anche in relazione a persone in fase avanzata o terminale di malattia ci sono difficoltà legate alla scarsa conoscenza delle modalità con cui trattare tali percorsi, ma anche complessivamente su come gestire la fase del decesso della persona. La gestione della malattia in percorsi a alto livello di intensità psichiatrica, la cura delle fasi terminali, sono elementi di difficile gestione, evidenziati con attenzione e empatia da parte delle operatrici. "*In ogni lavoro le lacune ci sono. È un lavoro faticoso e doloroso, ci sono sempre persone che*

*muoiono, poi ci sono persone psichiatriche, è difficile accoglierle, prima che si lasciano andare. È doloroso perché le morti ti restano negli occhi..”*

*L’interazione con i parenti*

Questi interventi mettono in luce anche la consistenza del rapporto con i parenti, che è problematico per gli operatori; infatti i parenti alle volte sono accolti con una certa fatica, perché sentiti come troppo invadenti, altre volte sono invece fonte di immedesimazione anche empatica. “*Devi gestire il parente che ha un sacco di richieste. Cerchiamo di accontentarli, di fare il massimo, ma c’è un limite”. “E’ anche sbagliato, più li accontenti più pretendono. Bisogna anche fargli capire fino a dove possiamo arrivare*”.

La scelta condivisa nei servizi pare essere quella che gli operatori sociosanitari non possano interloquire direttamente con i parenti; il mandato è trasmettere il contatto all’amministrazione o al coordinamento della struttura. Nelle parole di alcune Operatrici però questa modalità non preserva comunque da rischi di scivolamento personalistico, almeno nella lettura da loro proposta. “*Le difficoltà sono il malumore per i parenti che non portano rispetto: non ti salutano, non si fidano di te. Ad esempio, una signora chiede a me delle cose su sua madre, poi va direttamente dall’altra collega e le chiede le stesse cose. Ma allora vuol dire che c’è mancanza di fiducia verso di me, verso di noi! (*Chiedo*: si è chiesta come mai fanno così?) Magari si sentono in colpa, perché hanno portato il loro congiunto qui in struttura. Io comunque cerco di non pensarci, perché più ci pensi più ti avveleni. Anche quando succede un malinteso cerco di non soffermarmi. Altrimenti finisce che questi fatti te li trascini dietro come una zavorra*”.

La scelta di non coinvolgere gli operatori nelle comunicazioni con i parenti ha una ragionevolezza legata alle competenze; in questa scelta si preferisce sottrarre questa parte di lavoro agli operatori per delegarla a altre figure di coordinamento o agli uffici amministrativi. Eppure, notiamo che gli scambi con i parenti ci sono, sia pure in forma breve e puntuale, laddove il figlio o la figlia chiede notizie dell’ospite in occasione di una visita. “*Per me è difficile comunicare con i familiari. Infatti mi chiedo: faccio bene a dire sempre a loro “tutto bene”? forse bisognerebbe non dirlo sempre? E che impatto ha questa frase ricorrente su di loro? mi faccio domande a cui non so rispondere*”. Questa operatrice pone domande preziose, perché inerenti non tanto la parte relazionale o empatica, quanto piuttosto ai contenuti e alle modalità di queste comunicazioni, che pur non

essendo strutturate come tali, avvengono nei normali passaggi dei familiari in struttura. Potrebbe esser utile ricostruire una mappa di contenuti sui quali lavorare con gli operatori sociosanitari nelle relazioni con i parenti?

### 2.2. La difficoltà di interagire tra operatrici sociosanitarie e di comunicare con altri professionisti

La seconda problematica citata riguarda l'interazione tra operatori, intesa anche come collaborazione, all'interno della struttura, un elemento ricorrente anche se con sfumature diverse. A un primo livello la questione investe solo il gruppo delle operatrici sociosanitarie; alcuni interventi sottolineano una dimensione di criticità intragruppale relativa al rapporto tra operatrici. "*La difficoltà è la comunicazione e la divisione in piccoli gruppetti tra noi oss. Ci sono nuove operatrici a cui serve più tempo, ma le vecchie non si impegnano nemmeno ad imparare il loro nome. Io sono stata fortunata, avevo fatto qui il tirocinio e quindi conoscevo già tutto. Servirebbe ripetere le cose…". "Altra difficoltà è tra di noi operatori. Ci sono operatrici che si sentono il numero uno, il top, mentre nessuno è top, siamo tutti a pari livello. (…) C'è una mancanza di dialogo, non sappiamo dialogare tra di noi"*.

Questa area di difficoltà è quella raccontata con maggiore accezione negativa, con termini e descrizioni che categorizzano, isolano, in modo emotivamente intenso. Si sentono la frustrazione, la rabbia, le dinamiche di potere; Il clima di non accoglienza tra colleghi porta così ad atteggiamenti di prevaricazione, di conflitto sotterraneo non esplicitato e quindi particolarmente complesso da gestire. Il conflitto 'carsico' può coagularsi in forme di riconoscimento ricercate tra chi lavora nel servizio da tempo e chi invece è di recente assunzione, oppure tra condizioni diverse, rendendo difficile la comunicazione. "*C'erano persone che facevano le cose per abitudine, bloccavano le cose nuove. C' erano frasi come 'Io so già…' 'Sono duemila anni che lavoro…' Succede che una nuova operatrice aveva pensato un modo diverso e migliore di mettere giù posate e tovagliolo e loro l'hanno fermata*". Il conflitto si vede in situazioni di apprendimento di metodologie diverse, o nell'assunzione di corretti modi di fare attività; da parte di alcune operatrici si coglie la fatica nel gestire queste relazioni che porta purtroppo al rischio di creare difficoltà all'ospite. A rimanere in ombra è il senso del lavorare insieme per il servizio, perché pare esserci una oscillazione tra il lavorare per procedure e il lavorare per offrire un servizio di qualità all'ospite. Il lavoro è infatti raccontato con metafore derivanti dal lavoro industrializzato. "*Il lavoro qui è come in fabbrica, stiamo sull'orario…*

*l'ospite lo sanno curare ma poi non vanno mai oltre. Il nostro dovrebbe essere stare insieme. L'oss dovrebbe interagire con tutte le figure, alcune lavorano a comparti stagni. Nell'emergenza covid il gruppo si è compattato, è importante perché se no ognuno pensa al proprio orticello, è un gruppo che non è un gruppo*". Dall'altra parte, il lavoro degli operatori sociosanitari può essere messo maggiormente in relazione con le tante variazioni possibili in percorsi che alle volte in modo superficiale sono definiti come cronici, nell'idea apparente di una certa immutabilità nel tempo.

La discussione che si apre riguarda la tensione comunque presente nel servizio tra una parte incentrata sulle procedure e una parte incentrata sul benessere dell'ospite, tra il salvaguardare l'equità di trattamento per le persone e i necessari aggiustamenti che il lavoro con le persone richiede. Nella descrizione di questa difficoltà non ci sono però rappresentazioni con una sufficiente integrazione di queste due polarità di servizio; ci sono aggiustamenti creati ad hoc, nei quali l'interazione tra operatori è rilevante per raggiungere degli esiti. **"***Sul piano di lavoro non capisco perché uno deve prendere il piano di lavoro e farlo a memoria. Rimane certo uguale il lavoro, per lo più senza cambiare niente, ma magari cambiano le persone. Un esempio è: entro in una camera, la persona è sudata, ha la febbre, … non posso correre, non posso agire allo stesso modo tutti i giorni, devo attivarmi diversamente. Lavoriamo con persone che hanno esigenze diverse, anche per noi operatori i giorni non sono tutti uguali*".

I gruppi hanno descritto la difficoltà di comunicazione interprofessionale come non solo interna al gruppo degli operatori, ma anche tra oss e infermieri; è difficile comprendersi tra oss e infermieri, soprattutto c'è difficoltà a riconoscere e a sentirsi riconosciuti nel proprio ruolo professionale. **"***Il problema è la mancanza di coordinazione tra di noi, ma anche tra noi, i responsabili e gli infermieri. (…) C'è il dislivello tra operatori e infermieri, ci siamo sentite screditate, non calcolate*". Il risvolto concreto di tale difficoltà nell'interazione tra operatori e infermieri è nella possibilità di comprendere meglio le esigenze dell'ospite, magari anche a partire da dati di osservazione diversi. "*A me è capitato tante volte, vedo l'anziano stare malissimo, e io oss informo l'infermiera che dice sta benissimo, alzalo, per riassumere. Poi è capitato più di una volta. Anche se io sono oss ed ho studiato cose diverse non me ne intendo, credo di essere un attimo in grado di vedere come sta la persona, al primo impatto, e comunque valutare se può alzarsi o rimanere a letto*".

Di nuovo entrano in gioco i saperi: chi possiede le conoscenze, chi può orientare l'agire tra professionalità diverse? Il sapere è acquisibile solo per esperienza diretta: bisogna averlo provata per riuscire a comprenderla, in termini di lavoro. Questo però porta a una impossibilità di collaborare nella differenza, e a un criterio di autorevolezza unicamente legato all'avere praticato tutta la gamma degli impegni in servizio. "*I nostri infermieri non fanno la notte, in altre strutture la notte la fanno oss e infermiere, così l'infermiere tocca con mano le nostre difficoltà, che cosa può succedere*". L'infermiere in questa rappresentazione pare essere colui che detiene alcune conoscenze in modo esclusivo, non ne ha altre, e alla fine decide sulla base di un'autorità di contatto con i parenti, anche contro l'interesse dei pazienti. "*Per l'infermiere è importante quello che dice la parente, sia per alzate, che per i bagni, sia per cambio di vestito, non badano a noi"*.

Come spesso avviene, la comunicazione rappresenta la punta dell'iceberg, ciò che porta in emersione alcuni nodi problematici organizzativi che si fatica a collocare nel piano di lavoro. Non pare che manchino, in questo caso, strumenti, luoghi organizzativi, procedure per facilitare la comunicazione. Poichè i luoghi di interazione interprofessionale sono previsti, anche se forse non così tanto partecipati, ipotizziamo che una parte del sommerso coinvolga i luoghi del confronto, di cui parleremo più avanti.

Un numero minore di interventi (nelle interviste e nei focus group) descrive difficoltà di rapporto con la struttura organizzativa del servizio, con gli uffici e con la direzione del servizio. "*La difficoltà è l'organizzazione del personale, dobbiamo saltare i riposi per sostituire chi non c'è, ecc. In più, la comunicazione tra noi, con figure diverse come segreteria, amministrazione… Un esempio: c'è un ingresso e noi lo sappiamo all'ultimo, allora devi correre a mettere tutto via, preparare la camera, l'armadio, e tutto di fretta".*

Ci sono state esempi interessanti di interazioni possibili, discusse in particolare nel focus group. Al paziente psichiatrico che diventa aggressivo è stata modificata la terapia, il gruppo si interroga su come evitare che spaventi altri ospiti che sono fragili, in wondering o altro. L'operatrice attribuisce il problema della gestione dell'ospite agli infermieri, alla figlia, alla direzione. "*Siamo piene di lividi, ma non possiamo farci niente. (…) Adesso c'è una strategia, lui sta in un'altra saletta, e così evitiamo che entri a contatto con gli altri ospiti. La figlia quando è entrata ha chiesto in quale saletta era, ed era abbastanza soddisfatta; in più a lui pare andare bene così, era infastidito dall'altro*

*ambiente*". Costruirsi delle parti di corresponsabilità non è mai semplice per gli operatori; anzi, diventa importante tenere aperto questo discorso, per evitare di estromettere a altri professionisti le parti faticose e complesse, perdendo l'occasione di ricercare in una reciprocità costruttiva le possibilità di miglioramento del servizio.

### 2.3. Le risorse e gli aiuti rintracciati nel lavoro quotidiano.

Nel focus group abbiamo approfondito le risorse che gli operatori ritrovano nel loro lavoro; anche se le risposte sono numericamente meno numerose, mostrano aspetti significativi del lavoro degli operatori sociosanitari. Principalmente i gruppi hanno descritte tre risorse.

***"La risorsa siamo noi".***

Già nella prima area di esplorazione abbiamo visto che il rapporto con i colleghi è il vero aiuto per imparare il lavoro. Nei focus group i partecipanti hanno di nuovo sottolineato questa dimensione di sostegno reciproco: le risorse innanzi tutto sono gli stessi operatori, anzi siamo noi, dicono le operatrici e gli operatori incontrati. "*L'aiuto è la forza di volontà mia e di tutte noi. (…) In alcune di queste colleghe ho ritrovato amiche, sorelle; con loro il turno corre più velocemente, a dispetto di altre. La seconda risorsa non la trovo. Anzi, ecco, la seconda è la collaborazione che c'è ma potrebbe esserci anche di più, è l'operatrice con cui vai d'accordo*".

La risorsa siamo noi. È un riconoscimento dell'alto valore della professionalità delle operatrici, delle competenze che offrono, ma soprattutto è un valore legato all'unione di gruppo, al fronte comune rispetto alle tante difficoltà che ci si trova ad affrontare. Questa è la prima risorsa citata in diversi punti delle interviste come elemento decisivo per operare bene nel servizio, anche con le sue parti opache, di aggressività e di rivalsa, come visto sopra visto che sono emerse anche dinamiche espulsive, di "sottomissione", di non accoglienza dei nuovi nel gruppo. Come si possono accompagnare questi gruppi che sono vissuti a livello di relazioni personali, e non come gruppi di lavoro?

***La risorsa sono i clienti del servizio***

Complessivamente la seconda risorsa più volte citata è quella dei clienti del servizio, nominati soprattutto per la parte affettiva e relazionale. Infatti in questo punto del focus group le persone usano termini affettivi, caldi, di immedesimazione. "*Gli aiuti sono gli ospiti e la passione di aiutare che ci fa rimanere qui al lavoro". "Quando gli ospiti ci guardano e si illumina il volto". "Gli aiuti per me sono i nonni, a cui sono affezionata*."

***La risorsa desiderata: la collaborazione con altri professionisti nel servizio***

Altre figure sono citate come risorse nei racconti delle operatrici, come per esempio le Responsabili di Attività Assistenziale. Molto considerati, nella loro veste di risorse gli infermieri, nonostante che la comunicazione con loro sia stata menzionata tra le difficoltà dalle persone intervistate. "*La risorsa possono essere gli infermieri. Se lavori al mattino con le consegne dell'infermiera sei agevolata; l'infermiera dice 'Quell'ospite ha la febbre, devi fare questo…' In quel modo sai come organizzare il tuo piano, il tuo giro*". E' utile, secondo le operatrici incontrate la possibilità di imparare dagli infermieri. La possibilità di imparare, il sentirsi accompagnati e seguiti dagli infermieri può essere un aiuto importante per gli operatori. Del resto, in tanti momenti delle interviste, agli infermieri viene rimproverato di non essere abbastanza presenti rispetto al lavoro degli operatori, non di essere presenze superflue.

Gli operatori sociosanitari incontrati ricercano un sostegno all'operatività, una funzione aggiuntiva che metta ordine e priorità nelle attività da affrontare. In questo un aiuto è rappresentato dalla figura della Responsabile di Attività Assistenziale, a cui è riconosciuto un ruolo importante nell'intervenire e accompagnare di più il lavoro. "*Parlo con la RAA se ho problemi nelle consegne e per il PAI sugli ospiti". "La Raa aiuta. A un certo punto avevo un mio familiare inserito in struttura è stato difficile. Responsabili di Attività Assistenziale e di Attività Sanitaria mi hanno aiutato a gestire*".

Oltre a queste tre risorse, nei gruppi sono state citate altre risorse in numero minore, per lo più di natura individuale, come la pazienza, la passione del lavoro… ovvero elementi singolari e personalistici, che ricadono comunque nell'ambito della risposta La risorsa siamo noi. Non sono presenti risorse relative al contesto, all'organizzazione del servizio, a figure esterne di supporto. Le operatrici, gli operatori sembrano presi dal loro correre quotidiano, senza raccogliere altri aiuti esterni se non quelli relativi al rapporto con colleghi, alla relazione con gli ospiti, alla possibile interazione con professionisti interni al servizio.

## 3. I luoghi organizzativi del servizio, tra formale e informale

Alle operatrici intervistate e ai partecipanti nei focus group è stato chiesto: Quali sono i luoghi in cui vi potete confrontare per comprendere i problemi? È possibile portare riflessioni e considerazioni, pensieri e proposte da parte di un'operatrice agli altri operatori e al servizio? Quali sono i luoghi organizzati per

il confronto? I luoghi di confronto sono stati nominati per comprendere dove si sedimentano gli apprendimenti, le scoperte, i saperi utili. Poiché nel racconto delle difficoltà una parte rilevante è relativa alla gestione di percorsi socioassistenziali e alla necessaria ma sempre mancante comunicazione tra professionisti, ci pare utile comprendere dove si attivano questi scambi tra operatori, quali problemi emergono, in che modo sono condivise le pratiche del lavoro quotidiano che stanno invece procedendo bene.

Le risposte delle operatrici sociosanitarie descrivono riunioni e incontri, la scansione di tempi e le presenze richieste. "*Tutti i lunedì c'è un incontro sul PAI degli ospiti, con una oss, la Raa, un infermiere, un animatore, e di solito si lavora su quattro situazioni. Poi c'è il collettivo, di solito ogni due mesi oppure urgenti se ci troviamo in difficoltà*".

Sono raccontate in breve, durante il tempo dell'intervista, diverse tipologie di riunione: il collettivo una volta al mese che coinvolge in modo ampio anche la funzione di coordinamento; la riunione per il Progetto Assistenziale Individualizzato, cui partecipa un piccolo gruppo di lavoro interprofessionale; gli incontri in cui sono coinvolte solo le operatrici sociosanitarie e il coordinamento; gli incontri di passaggio delle consegne tra chi ha fatto la notte e il turno successivo. I luoghi organizzativi sono nominati da tutte le operatrici, il calendario è chiaro, proprio come i turni.

Eppure, ci chiediamo, a fronte di questo meccanismo ben oliato, dove si collocano i problemi? Dove si parla di ciò che sta succedendo, di ciò che funziona e di ciò che non funziona?

Le operatrici raccontano che i problemi nel lavoro trovano spazio in particolare in alcuni tipi di incontro. In particolare, gli incontri formalizzati e allargati paiono meno partecipati, è maggiore la fatica dell'esporre i problemi, che invece sono raccolti e condivisi in momenti meno strutturati, e non emergono nemmeno gli aspetti positivi di lavoro. "*Nel momento delle consegne escono i problemi, abbiamo le idee e le proposte. (…) Poi c'è il collettivo, ci stanno quelle del turno… in realtà non è così frequentato*". Le operatrici parlano dei problemi insieme alla Raa, oppure in guardiola tra operatori; talvolta si concentra tutto nel momento del passaggio di consegne tra un turno e l'altro, momento in cui magari c'è la possibilità di uno scambio con l'infermiere. "*Le comunicazioni avvengono in ufficio e in collettivo, poi nel momento delle consegne, dopo pranzo e dopo cena. Le operatrici si trovano in guardiola, magari con infermieri*".

### 3.1. Luoghi organizzativi di confronto, quale contenuto?

Rispetto alle riunioni collettive nelle interviste non emergono particolari aspettative, non c'è per esempio un racconto di contenuti importanti trattati che siano serviti per lavorare meglio. Ci sono due interviste che citano contenuti specifici trattati e risolti: una situazione di servizio rispetto a una persona molto alta di statura che necessitava di accorgimenti specifici per offrire assistenza, e quindi è stata convocata una riunione di collettivo ad hoc; in un'altra intervista si parla di un contenuto relativo a una discussione se sedare o meno una persona, per evitare che si facesse del male durante la notte. Nelle interviste e nei focus group le riunioni, in particolare i cosiddetti collettivi, sono descritte come luoghi in cui l'iniziativa di chi partecipa e lo scambio tra operatori non è fluido; anche il racconto di chi coordina questi incontri descrive bene questo clima di passività, più che di partecipazione. **"***Il collettivo è mensile per due ore, mi dicevano: un collettivo e basta non è sufficiente. Allora abbiamo stabilito una riunione ristretta aggiuntiva. Dopo avere chiesto di segnalare le criticità, sul quaderno nessuno scriveva più, in riunione non parlavano più. Ma il fatto è che i problemi sono da ragionare con gli altri, se invece questo di cui si parla è solo un problema mio, allora cade tutto*".

I luoghi del confronto rischiano così di essere luoghi di passività; anche le idee innovative, le proposte di cambiamento, sono soffocate in questo clima di lavoro. "*Una volta al mese c'è l'incontro solo tra oss per condividere piani di lavoro, strategie, è molto utile. Sono incontri molto centrati sulla parte operativa. Però se proponi cose nuove ti dicono: Sono 20 anni che facciamo allo stesso modo. Non vogliono cercare alternative, si rimane sempre lì e questo pesa molto a me e al servizio*".

E' un rischio da tenere presente. La tenuta del pensiero nella riunione del gruppo non è semplice da sostenere; si coglie proprio una fatica legata al pensare insieme, che disincentiva la condivisione di idee nuove, di attività che potrebbero essere modificate, o anche solo una diversa lettura dei problemi incontrati.

Forse anche a causa di questa fatica di pensiero vengono utilizzate modalità di comunicazione più incentrate sulla competizione che non sulla collaborazione, come del resto segnalato nella parte precedente relativa alle difficoltà di comunicazione tra operatrici in servizio. Gli operatori si rimproverano, ingaggiano liti e discussioni che non tengono al centro il servizio e il cliente ospite; si usano parole come macigni, più che pensieri per capire meglio le situazioni. "*Con i colleghi a volte è difficile dire: "Hai fatto una cosa sbagliata", perché l'effetto è "Ecco, hai visto, mi ha voluto insegnare". Quando facciamo formazione e*

*collettivi lo usano per dire: "Hai visto che era come ti ho detto?". Le persone parlano fuori dai collettivi, nei corridoi. La gente non parla per sopravvivenza*".

Poiché il gruppo non sempre si esprime nei luoghi formali del confronto, i pensieri e i commenti vengono espressi negli spazi dell'informalità, dove l'organizzazione non è presente, e lo scambio è ridotto in spazi di tempo tra un'attività e l'altra (come il turno di notte) e comunque coinvolge solo persone scelte. "*Se ci sono problemi c'è anche l'assemblea ma non tutte parlano, poi quando è finita l'assemblea si commenta a gruppetti. Quando ne parlo? Ne parliamo quando è finito il turno, il cambio turno è un momento caotico, si mangia in fretta, è il momento in cui si parla anche". "In collettivo non mi vengono idee subito ma dopo sì, ne abbiamo parlato in turno*".

L'importanza di questi spazi dell'informalità è stata più volte sottolineata nelle interviste: la guardiola, il turno di notte, il caffè insieme prima di cominciare il turno. Per fare gruppo di servizio è ritenuto un modo prezioso di lavorare insieme, ed è richiamato con interesse, quasi con nostalgia dalle operatrici e dalla RAA. **"***E' cambiata la mentalità del gruppo, ci sentivamo famiglia, ma dopo il covid ci siamo divise. Si sente di più l'azienda, è brutto da dire, il livello professionale e umano ora è diverso, adesso sei un ruolo, una professione. Alla fine del turno stavamo lì fino a tardi, finivamo alle 21 e stavamo lì fino alle 23… quante cene abusive!"*

Proprio perché sono frammentati e poco trasversali questi momenti di confronto informali, alla conduzione e al coordinamento viene chiesto molto, nel prendere decisioni, nel dare ascolto, nell'ottimizzare i tempi… e anche nel riconoscere l'importanza dell'apporto di ciascuno, nel sentirsi riconosciuti come professionisti. "*Dovrebbe essere la RAA che controlla dall'alto. Se ognuno fa quello che deve fare, c'è anche il rispetto dei colleghi*". La logica personalistica (che pure spesso emerge nella richiesta di avere lo stesso collega in turno) crea difficoltà nel definire come svolgere il lavoro. "*Operatrice: Devo dire una cosa alla Raa. Capisco che la RAA vede sempre il prodotto finito, ma vuol dire che vede anche altro, vede gli operatori al lavoro. RAA: certo che lo vedo, sono stata in turno tutta l'estate. Poi è faticoso essere la Raa, ma le cose le vedo anche se sono di là*". In questa parte delle interviste si delineano maggiormente le aspettative intorno al ruolo giocato dalla figura della Raa, che deve "dirigere il traffico" nella comunicazione, ma anche vedere gli esiti del lavoro.

Verrebbe da pensare: basta che funzioni. Eppure quello che abbiamo in mente è che per certi versi può essere utile modificare in modo mobile i luoghi in cui discutere le cose, con l'attenzione però a non perdere gli spazi nei quali le

decisioni, le azioni del singolo, i problemi e le risorse possono avere una ricomposizione e analisi comune. Ci sembra anche che i tanti "saperi all'opera" messi in atto dalle operatrici e dagli operatori restino patrimoni personali, nemmeno tanto visti e quindi condivisi come elaborazione se non ci sono luoghi formali in cui si possano dire anche le acquisizioni, le intuizioni, le impressioni ricavate nel seguire un percorso di un ospite, un incontro con i familiari, il decorso complesso di una malattia degenerativa. Restano "tesoretti" del singolo, e non saperi all'opera a disposizione di tutti.

## 4. La formazione alla base della professionalità dell'Operatore sociosanitario

Alle operatrici intervistate e successivamente ai partecipanti nei focus group è stato chiesto: C'è qualcosa che volete suggerire rispetto alla formazione degli operatori sociosanitari? Possono essere contenuti da trattare, ma anche attenzioni metodologiche, modalità, approcci diversi.

L'area di approfondimento sulla formazione è stata affrontata in tutte le interviste, nei focus e in ogni scambio con le funzioni di coordinamento delle strutture. Le operatrici, gli operatori hanno descritto, raccontato, proposto tante riflessioni sulla formazione, con qualche criticità e un forte desiderio di essere coinvolti. Dal punto di vista dei contenuti, le operatrici hanno descritto temi per loro importanti nel lavoro quotidiano. Li riportiamo di seguito, soffermandoci sui contenuti ricorrenti nelle parole degli operatori per la formazione dell'operatore sociosanitario.

### 4.1. La formazione più ricercata: l'approccio alle patologie dell'ospite.

Sette delle intervistate hanno nominato temi che riguardano l'ospite attualmente accolto in Servizio. "*Le patologie dell'utenza, visto che cambiano e ci sono malattie nuove". "Arrivano anche pazienti giovani, magari affetti da ictus. Luca è un uomo di 60 anni, e mi ha detto: 'Prima dopo cena mi mettevano a letto…' Qui vai a letto quando vuoi tu e non sei l'unico. (…) Le operatrici mi dicevano: ma prima nell'altro servizio lo mettevano a letto! io ho detto Ma non ha la demenza. Serve un ripasso per capire le patologie, cosa comporta un ictus, ha una emiparesi, danneggiato a metà, ma la parola ce l'ha*".

La preoccupazione degli operatori riguarda alcune tipologie di ospiti in particolare, rispetto all'assistenza e alla cura che può essere offerta dagli operatori sociosanitari. Le tipologie maggiormente richiamate riguardano le varie forme di demenza ma anche le persone psichiatriche, gli utenti definiti

“comportamentali”, gli utenti molto agitati. Le motivazioni che portano a tali richieste di formazione riguardano i rischi relativi a posture sbagliate nella movimentazione, il rischio di farsi male a causa di comportamenti aggressivi.

Sono pochi gli interventi formativi richiesti espressamente per migliorarsi nel servizio offerto. In particolare, da parte di alcuni operatori c’è il riconoscimento di un valore pensato anche in riferimento ai cambiamenti di scienza e tecnologia; l’interesse per questi cambiamenti e su una lettura di essi genera molta aspettativa, specialmente se offre contenuti tecnici ulteriori all’operatività. “*Ritengo che la formazione serva sempre perché la scienza e la tecnologia cambiano. Ora ci servirebbe la formazione proprio sull’anziano, come alleggerire e aiutare meglio l’anziano. Serve l’ispirazione che trai dalla formazione*”.

Oltre alla formazione mirata su psichiatria, demenza e disfagia, le interviste portano in luce anche il bisogno di formazione per sostenere il carico emotivo che certi percorsi attivano negli operatori sociosanitari coinvolti. Si tratta quindi di un bisogno di sostegno legato al malessere sentito dagli operatori nel lavoro quotidiano, che si incarna in segnali emotivi in parte riconosciuti, in parte agiti nel lavoro. Una particolare condizione di stress è legata al contatto con persone che vivono percorsi di fase avanzata di malattia o anche di prossimità alla morte. “*Dev’esserci una formazione per lo stress della sofferenza, della morte… per tirare su da questa situazione che -parlo per me- è ansiosa, difficoltosa, una sofferenza*”. In particolare sulla malattia in fase avanzata, sulle fasi terminali dei percorsi di vita-morte le operatrici incontrano difficoltà di tenuta emotiva, avvertono la necessità di altri saperi per affrontare la situazione. *”Ci servirebbe una formazione sulla gestione delle emozioni*”.

### 4.2. “Collaboriamo poco, serve una formazione sul comunicare”

Una area di formazione richiesta raccoglie alcune criticità relative alla comunicazione. Essendo la comunicazione un contenitore multiforme e multicontenuto, possiamo esplorare quali aspetti di comunicazione emergono nelle interviste.

Innanzi tutto nelle interviste si parla della comunicazione tra operatori coinvolti dentro al servizio, ovvero la comunicazione che avviene tra operatori sociosanitari. “*La comunicazione. Un esempio? c’è un foglio autorizzazione oss e io non lo sapevo, pensavo lo facessero gli infermieri, invece non è così. Tra di noi comunichiamo con WhatsApp, non so se va bene. (…) Come si insegna il lavoro ai nuovi? Ci insegniamo tra di noi, poi devi dare il tempo alla persona*

*nuova per capire". "Come temi nuovi da introdurre per la formazione, forse c'è il tema della collaborazione: ce n'è poca, poco feeling"*. Ila comunicazione tra operatori, tra operatrici sociosanitarie viene collegata al sentirsi gruppo, alla familiarità necessaria per operare insieme. Ma se le aspettative sono quelle di stare bene insieme, anziché di lavorare bene insieme, il rischio è di ragionare non di contenuti ma di modalità e atteggiamenti ritenuti non adeguati. "*Alla collega che sbaglia, dico: che cosa ne pensi se…? È il mio modo di dire le cose, non le dico che ha sbagliato*". Naturalmente la difficoltà a comunicare tra operatrici investe la tenuta del servizio in modo molto concreto. Se due operatrici faticano a comunicare questo implica che la fatica è anche nel lavorare insieme, da qui la richiesta di mantenere le stesse coppie di lavoro nei turni per facilitare così la comunicazione grazie ai buoni rapporti personali. "*Se ti allontani lo devi dire alla collega che sei andata a bere o in bagno. Sapere dire cose semplici così dovrebbe essere di buon senso, in qualsiasi lavoro civilmente! Certe cose sono da insegnamento o affiancamento, altre cose non posso dirle, sono banali. Se poi dovesse succedere qualcosa mentre sei via e non avvisi, oh, sono problemi grossi*".

Il tentativo di mantenere lo status quo, il non urtarsi a vicenda tra operatrici segnalando difficoltà o criticità di lavoro riguarda anche la formazione, in un duplice versante: da un lato per il contenuto richiesto, ovvero l'imparare a collaborare, ma dall'altro lato per l'attesa che la formazione sia il luogo in cui si giudica e si definisce chi ha torto e chi ha ragione. Come già riportato sopra, "*Quando una collega operatrice dice a un'altra "Guarda che hai fatto una cosa sbagliata", l'altra dice: "Ecco hai visto, mi ha voluto comandare". Quando poi facciamo formazione e collettivi, e un esterno o la coordinatrice dice la sua su un tema di cui si è discusso, lo usano non per imparare come fare ma per dire "Hai visto che era come ti ho detto?*". In questo modo, la formazione porta dei contenuti di lavoro, ma il gruppo *segreto* sta già spostandoli nel ring di chi ha torto e chi ha ragione.

La comunicazione riguarda anche l'interazione con gli infermieri, ed è una tematica uscita in particolare nei focus group, per proporre di lavorare sull'équipe interprofessionale. Gli operatori sociosanitari ritengono di essere in grado di dare un contributo maggiore in termini di conoscenza dell'ospite, rispetto a quanto viene oggi richiesto: "*Noi OSS conosciamo gli ospiti a 360 gradi perché viviamo con gli anziani, conosciamo le loro abitudini. Ma poi nel PAI vai a leggere cose che non sono così o a non leggere cose che invece andavano scritte*". I luoghi e

gli strumenti ci sono, in particolare il Pai, ma non c'è l'efficacia attesa negli interventi proposti. Dall'altra parte, avendo incontrato durante le interviste anche personale infermieristico al quale è stato spiegato in che cosa consistevano le interviste, una infermiera in una struttura ci ha detto: "Dovreste intervistare anche noi infermieri". C'è un tema di riconoscimento reciproco, come si coglie da questo scambio rapido.

Le operatrici sociosanitarie sono quindi interessate a uno scambio con il personale infermieristico, ne vedono anche l'utilità, e pur in modo enfatizzato, sono anche in grado di coglierne il valore per approfondire la qualità del servizio. Questo però non implica automaticamente che siano in grado di farlo, ovvero che siano in grado davvero di interloquire con il personale infermieristico in modo competente e aderente agli obiettivi di servizio. Anche su questo risulta di interessa la breve e parziale esperienza fatta in uno dei servizi che hanno ospitato la ricerca. Infatti, al termine di uno dei focus group le operatrici hanno individuato questo tema comunicativo; insieme alla conduttrice si sono approfonditi alcuni aspetti relativi alla comunicazione con gli infermieri, e le operatrici presenti hanno manifestato il desiderio di incontrare il gruppo del personale infermieristico. Hanno quindi interloquito con la conduttrice: "*Dopo questa riunione potremmo chiedere un coordinamento con gli infermieri per parlarci, che ne pensa?*" E' stato interessante stare su questa parte di lavoro al termine del focus group, perché abbiamo potuto procedere insieme per cerchi concentrici ad approfondire il senso di questo possibile incontro, e di conseguenza le modalità. "Se pensate a un incontro su un ring, allora dovete convocare gli infermieri, decidete chi deve affrontarli e via così. Se invece avete in mente uno scambio, la costruzione insieme di qualcosa di diverso potreste invitare gli infermieri a ragionare con voi su qualcosa –non su tutto, che è troppo". Al termine dell'incontro le operatrici erano intorno al tavolo, a pensare insieme su quali temi potersi confrontare con gli infermieri.

Non c'è un modo automatico o semplice per affrontare una comunicazione complessa. Le operatrici sociosanitarie pare che abbiano colto un nodo importante per la formazione, ma naturalmente il *come* realizzare un approfondimento formativo su questo non è facile per loro da progettare. Forse il tema della comunicazione richiede di essere costruito con altri, e non in modo isolato, e su un tema specifico da approfondire con una descrizione e non già con la richiesta di soluzioni. C'è sempre un lavoro da fare, nel momento in cui si affrontano temi complessi.

La comunicazione difficile riguarda anche il rapporto tra gli operatori sociosanitari e i familiari, i parenti degli ospiti in struttura. Nelle strutture è chiaro agli operatori che l'interazione con i familiari degli ospiti è in carico al coordinamento e alla direzione. Tuttavia, anche gli operatori capita che si interfaccino con i familiari, alle volte perché si sentono fare richieste che esulano da quanto definito come équipe, e questo crea difficoltà. Soprattutto, quando si tratta di familiari che sono loro stessi in crisi emotiva per i tanti passaggi difficili che avvengono dal momento del primo inserimento del loro congiunto e nei vari cambiamenti di autonomia della persona. "*Come bisogno di formazione vedo la comunicazione con i familiari. Ci occorre formazione, perché loro arrivano e magari non accettano quello che è, non accettano la realtà. Magari ti chiedono di fare alzare l'ospite, ma non può, noi lo vediamo che non può*". Queste interazioni complesse possono costruire alle volte muri, con distanze che si formano e portano a reciproca diffidenza, a fraintendimenti, che poi si riverberano nella gestione del servizio. "*L'anno scorso una segnalazione di un parente per me poteva essere un disagio, oggi invece so come svolgo il lavoro, so che diamo il massimo. Per fare un esempio l'altro giorno la parente mi ha detto 'Questa non è la maglia di mia mamma'. Io ho detto 'Mi dispiace che tu abbia trovato una maglia che non è di tua madre, la volta prossima non accadrà'… però non mi sento a disagio. Poi la maglia in realtà era davvero di sua madre… (ridono). Il giorno dopo la cercavo per dirglielo e non c'era!*"

Alle volte questi scambi legati a fraintendimenti, malintesi, svarioni di vario genere non determinano rivendicazioni o resistenze, e magari generano anche qualche sorriso in leggerezza. Altre volte invece si aprono sottili conflittualità, magari non agite in termini di scontro, tra operatori e parenti degli ospiti. Nei focus group ci siamo brevemente soffermati su questo aspetto. *Dico:* Ma questi familiari non vi fanno un poco tenerezza? Non sentite mai tenerezza nei loro confronti?". Le partecipanti si sono fermano un momento, interdette dalla domanda che pare fuori luogo, abbozzano un poco stranite: "Sì certo, li capiamo… ma anche noi siamo in difficoltà". Forse il contenitore formazione non è adatto a questo contenuto, che è prima organizzativo e di delega di ruolo, e solo in seconda istanza di competenze. La scelta di non delegare agli operatori i colloqui con i parenti è infatti prima di tutto organizzativa, solo in un secondo momento è relativa alla valutazione di competenza. Certo il rischio è che i saperi costruiti dagli operatori nell'interazione con gli ospiti rimangano in ombra e non diventino quindi materia di restituzione ai familiari, a meno che l'organizzazione riesca a

raccogliere adeguatamente tutte le osservazioni che nascono da questi piani diversi.

### 4.3. Attrezzi per valutare gli esiti del servizio offerto

Infine, le domande sulla formazione stimolato in alcune operatrici dei ragionamenti che riguardano la costruzione del servizio e la valutazione in particolare delle prestazioni. Sono esigenze formative che si collocano in stretta connessione con il funzionamento dei luoghi di confronto, che abbiamo visto essere dispositivi organizzativi non così facilitanti per trattare difficoltà e risorse in un'ottica progettuale.

In alcuni interventi emerge una questione inerente la valutazione del servizio: sapere se si è fatto un buon lavoro o no, se la scelta di questa azione o di una diversa porti degli esiti positivi o meno. "*Con questa ospite avevo il dubbio se darle il gelato, non sapevo se poteva mangiarlo. Io di solito lo faccio sentire sulle labbra e vedo se la persona lo gusta. (…) In questi casi come posso capire se ho fatto bene? Così, con gli ospiti "difficili", mi chiedo spesso come posso capire se ho fatto bene? allora ne ho parlato con la mia collega, e lei mi ha detto: 'Che cosa dice il tuo cuore?' Alla fine ho capito che è l'intenzione che conta*".

Colpisce in questo racconto la relazione tra la necessità espressa di formarsi per "ospiti difficili" e l'analisi degli esiti delle azioni proposte. Ci pare un pensiero significativo, anche se decisamente minoritario nel gruppo; eppure la preoccupazione del lavorare bene o male è sottilmente presente in alcune opinioni espresse sul lavoro delle colleghe. Altresì interessante è la risposta, che rende evidente una idea di valutazione degli esiti centrata sul sentire, sul provare, sull'intenzionalità, che viene assimilata e condivisa tra colleghe: "Cosa dice il tuo cuore?" Per ottenere una risposta non così emotiva, occorrerebbe ragionare di esiti del servizio, e farlo anche con gli operatori sociosanitari. In questo ambito della valutazione degli esiti infatti gioca un grosso spazio l'implicito, il non detto, l'agito di ciascuno, se non si crea uno spazio di condivisione prima e di approfondimento poi rispetto a queste domande di senso. Forse anche questo tipo di domanda può rafforzare la sfera motivazionale, all'interno del macro-tema del perché si lavora in quel servizio, e può forse contribuire a contrastare il rilevante ricambio di personale. "*Succede poi che le operatrici vadano via senza una ragione. Magari con i nuovi operatori sarebbe utile fare delle domande sulle motivazioni, sul perché le persone sono al lavoro qui*".

## 4.4. “Siamo dei robot”. La fatica di costruire un senso nel lavoro professionale di oss

Abbiamo visto che le richieste formative toccano soprattutto i temi tecnici di conoscenza delle patologie degli ospiti e dei loro relativi percorsi; in secondo luogo l’imparare a comunicare meglio tra operatori, e con i familiari; infine per minima parte riguardano il servizio e la sua qualità offerta. Il trattare della qualità del servizio, la sua valutazione e della sua consistenza non pare materia per l’operatore sociosanitario. Eppure il servizio è nei gesti degli operatori sociosanitari.

Di certo, la richiesta di formare saperi tecnico specialistici rischia di raccogliere poco l’altra esigenza emersa, ovvero una maggiore cura delle motivazioni e di espressione dei Saperi all’opera così presenti nei servizi. Forse si racchiude in questo assetto molto schiacciato sulla consistenza tecnica uno dei nodi che aggrava il già pesante lavoro degli oss. In fondo, come dice una operatrice in un focus group, “*Siamo dei robot, lo vediamo con i nuovi, loro hanno una freschezza che non abbiamo più… per questo secondo me è molto importante l’ingresso di nuovi operatori*”. La tonalità emotiva è di rassegnazione, ma anche di riconoscimento del potenziale che il nuovo personale può portare al gruppo. Le comunicazioni di servizio sono recepite in questi termini, e richiamano una movimentazione che richiama la meccanica, più che la relazione con l’ospite. “*Ci dicono: Ragazze, questo date un occhio, alzate questa, e così via..*”, in riferimento alla signora o al signore che sono clienti del servizio.

Sono ben poche le operatrici incontrate che hanno in mente una costruzione della professionalità maggiormente articolata, non solo tramite scambio con chi fa già il lavoro ma anche con altre modalità, strumenti, opportunità. “*Come in tutte le cose si impara perché ti piacciono: leggi, guardi video, stai in contatto con il lavoro. Se a uno interessa, segue le cose. (…) Qui invece sembra che ognuno faccia come vuole, e non va bene. Con un gruppo formato da ex colleghe abbiamo dei sogni, vorremmo fare una struttura in un certo modo… io ho fatto l’esperienza di portare gli anziani al mare, ed è stato proprio bello. Peccato non rifarlo!”*

Come si diceva sopra, la dimensione di lavoro da robot non incentiva certamente alla ricerca di fatti inaspettati, di pensieri divergenti, di idee nuove. Vale la pena di tenere in considerazione anche questa naturale propensione che emerge nel trattare i temi formativi e non solo da parte delle operatrici.

### 4.5. La formazione per il lavoro professionale di oss

Le esigenze di formazione non paiono essere espresse facilmente nei luoghi di confronto, come si diceva sopra. Tuttavia, le responsabili di attività assistenziale intercettano esigenze e bisogni formativi, e ne colgono il vantaggio. "*Io vedo nel cambiamento delle novità. Apri la finestra e cambi aria. Voglio essere ottimista. Le operatrici più esperte si sentono su un piedistallo, io gliel'ho detto: Nella vita tutti utili, nessuno indispensabile. Però chi lavora qui può conoscere cose nuove*". Lo sguardo delle responsabili e delle coordinatrici aiuta grazie al punto di osservazione rispetto a queste richieste. "*Finisce che la formazione per loro è la conferma di cose che già sanno. Servirebbe una formazione tecnica da applicare nella Casa di riposo, con terapie non farmacologiche: Io Oss, nel mio, per come mi sono formato, cosa posso fare, quali strategie posso usare nella mia professione con il decadimento cognitivo? E con il fine vita? questo per andare oltre ai farmaci, e anche per valorizzare quello che già sanno. Ad esempio non hanno voluto fargli il bagno all'ospite poiché c'era il concentratore di ossigeno. La chiave è una pillola di teoria generica, poi è importante che loro portino il loro vissuto, l'esperienza da mettere insieme".*

Nelle interviste abbiamo domandato alle operatrici, sulla base della loro esperienza, oltre ai contenuti, le modalità attraverso le quali erogare la formazione per gli operatori sociosanitari. Nei tempi precedenti sono state molto apprezzate le formazioni sui temi del fine vita, della demenza, ma anche in modo molto positivo seminari o convegni frequentati lontano dal luogo di lavoro, con la presenza di operatori di altre strutture. Lo spostarsi per andare a Firenze o a Trento in occasione del convegno con altri, è una esperienza che per queste operatrici ha lasciato un segno e una viva impressione nel racconto della formazione personale e professionale. "*Sono stata a un congresso a Firenze con tantissime altre operatrici e ho imparato molto, ad esempio a pulire gli occhiali per chi ha demenza, a stare attenti alla luce per non disorientare… Servirebbe fare questi incontri in presenza, con operatori di altre strutture su dei temi comuni, sarebbe bello". "La formazione? Abbiamo fatto pochissimo dopo il covid. Ricordo però un convegno a Trento, io ho seguito l'animazione e la demenza, c'era anche il fine vita. Mentre prendevamo il caffè, tra noi colleghi ci dicevamo "Dopo questo convegno dobbiamo fare questo e quest'altro". C'erano persone che venivano da tutta Italia*". Incontrare altri operatori è una bella scoperta, e porta a formulare una esigenza molto sentita: sembra infatti che stare in mezzo a operatori di altre strutture aiuti nel riconoscimento di se', della propria professione, del proprio servizio. Potrebbe esserci anche questa modalità di formazione di incontro con

altri operatori di strutture diverse da tenere presente per una formazione che motivi i partecipanti, rendendo maggiormente discutibile, meno assoluto il punto di vista sul servizio, sui suoi limiti e sulle difficoltà che da oss si incontrano. "*Abbiamo fatto un corso a Firenze, sulla gestione del paziente con demenza. C'erano strutture di tutta Italia: nei fatti c'erano posti con tante criticità*". Si tratta di una modalità di seminario formativo che potrebbe consolidare appartenenze e dare una rappresentazione più contestualizzata delle difficoltà e delle criticità del proprio lavoro.

A proposito di un effetto premiante nel partecipare alla formazione, le operatrici riportano anche la loro idea di quanto debba essere obbligatoria o quanto possa essere libera la partecipazione ai percorsi. Incontriamo in questo caso il limite legato alla formazione per servizi che hanno turni di lavoro 24/24; oltre al dato oggettivo ci sono forse scelte di orientamento alla formazione diverse nelle strutture, che si sono costruite negli anni. La formazione deve essere premio e ricompensa o è una richiesta dell'organizzazione? La scelta di chi partecipa è legata all'arbitrio del gruppo? Ma anche: che tipo di riscontro chiediamo a chi frequenta un percorso formativo? Se ne parla in équipe o resta un bagaglio personale?

Infine, un elemento per certi versi inatteso riguarda la ripetizione nel partecipare a uno specifico corso da parte di una stessa operatrice, con gli stessi contenuti e gli stessi temi. Nelle parole delle operatrici questa ripetizione non è vissuta come limite, ma come condizione per apprendere meglio; diversi interventi di operatrici di strutture diverse hanno ribadito questo concetto. Le ragioni sono rintracciabili, secondo le operatrici, nell'esigenza di un apprendimento ricorsivo. *La formazione è una rinfrescata, come passare la vernice due volte". "E' bello rifare anche delle cose: corso su burn out, depressione, demenza… non le teorie, ma gli esempi della pratica. È bello rifare, se no ti dimentichi".* Anche per una responsabile di attività assistenziali le ragioni possono essere di senso. **"***Ci sono due appena arrivate. Ho 15 persone di Paesi diversi, le nuove ragazzine dicono che sanno già tutto, invece "Paese che vai, usanza che trovi". Esempio noi non usiamo la schiuma, qui usiamo l'acqua e la padella. C'è sempre da imparare e da sapere. Anche per la formazione sulle patologie, es. demenza, da come l'avevo vista a scuola sono cambiate le cose. È cambiato l'approccio, l'alimentazione, …. Invece ogni persona è diversa, uno, nessuno, centomila. Tutte le persone sono diverse*".

Per altre operatrici le ragioni sono da ricercare nei cambiamenti dell'utenza o nei cambiamenti degli operatori, ma soprattutto nella ripetitività del lavoro inteso come processo di azioni sempre uguali che connota il lavoro degli OSS. **(FG2) "***Il ripasso nelle cose può essere sempre utile. Questo è un lavoro meccanico, si fanno sempre le stesse cose, abbiamo anche poco tempo per farlo. A me però piace". "Mi piace la formazione; l'ultimo corso sul fine vita è stato per me molto importante. Nella formazione ripetuta ogni volta il contenuto è uguale, ma magari cambia l'utenza, o forse cambiamo noi*". Sono frasi che richiamano l'aspetto di routine e di lavoro "robotico" visto sopra, a proposito della motivazione degli operatori, e quindi possono ben combinarsi con l'esigenza di una modalità standardizzata di lavoro. Allo stesso tempo, esprimono anche un desiderio di rassicurazione nella routine di lavoro che è un elemento importante nel lavoro degli operatori sociosanitari, in qualche modo da preservare.

# CAPITOLO TERZO - Spunti di approfondimento: ricercare orientamenti e prime ipotesi di lavoro per i saperi all'opera nelle strutture di FeDiSA

## 1. I saperi all'opera dell'operatore sociosanitario. Un intreccio tra contenuti tecnici e esperienza personale

Nell'intraprendere questa ricerca abbiamo scelto di ragionare di saperi all'opera, ovvero delle conoscenze che fondano la professionalità degli operatori sociosanitari, sapendo che tali saperi sono alla base delle modalità concrete con cui gli operatori offrono il loro servizio. Nei fatti, la natura stessa dei servizi socioassistenziali richiama all'esigenza di tenere alta l'attenzione sulle persone che concretamente lavorano per offrire i servizi stessi (Capranico, 1992. Olivetti Manoukian, 1998) [2].

"Una vasta serie di ricerche evidenzia come la scelta di intraprendere una professione di cura sia frequentemente collegata a un particolare vissuto o esperienza di vita. Le persone che dichiarano di avere scelto deliberatamente di lavorare con gli anziani hanno spesso sperimentato nel corso della propria vita un legame assistenziale con un familiare o una persona particolarmente significativa. Se essi non sono consapevoli di questa motivazione, l'esito può essere l'instaurarsi di un legame vischioso con gli ospiti con l'assunzione in carico all'operatore delle capacità dell'anziano e il sostanziale depotenziamento delle sue risorse residue" (Fazzi, 2014, p.77). Il servizio è offerto da persone in carne e ossa, che portano il loro vissuto, le loro motivazioni, i loro desideri, paure, preoccupazioni, fatiche, nel contatto con l'anziano.

"Come siamo belle oggi! E hai anche una bella camicia da notte", dice l'operatrice mentre si occupa dell'igiene intima della signora anziana allettata. L'anziana risponde: "Mia nonna faceva questi ricami, e io ho imparato da lei". Riprende parola l'operatrice: "Anche io ho dei ricami della mia nonna, mi ha detto che loro prima ancora li acquistavano dalle suore, ai tempi erano le più esperte". La conversazione prosegue, tra una risposta e una domanda, e intanto il tempo dell'igiene è concluso.

[2] Si tratta di un contenuto largamente approfondito fin dagli anni '90 del secolo scorso, con alcuni testi che possono ancora offrire diversi spunti di approfondimento. In bibliografia ne citiamo alcuni per un eventuale approfondimento.

In un breve scambio si è aperto un dialogo, una relazione che ha sostenuto il lavoro di cura, senza minimamente ostacolarlo. Ci pare quindi interessante attingere da questa ricchezza che una parte delle operatrici porta con se'.

Le motivazioni e l'approccio al lavoro richiedono una costante messa a punto delle centrature e degli orientamenti, per non essere trascinato nel quotidiano. Le operatrici sono alle volte strette e prese dalla quotidianità ("Siamo dei robot"), e questo rappresenta un grande problema, che porta a un costo importante per la qualità del servizio offerto, e anche per il rischio di deprivare l'anziano delle sue capacità residue. A un certo punto il rischio è che questo diventi l'atteggiamento prevalente, il modo di fare consueto. Tale stile è quello che viene esercitato anche nelle riunioni di équipe, nei momenti di confronto tra operatori, e persino nell'incontro con i familiari.

Ci pare importante fare una *manutenzione delle motivazioni* e *esplicitare il vissuto* che le operatrici portano allo scoperto nei loro agiti. Esplicitare vuole dire anche fare emergere le parti positive, accudenti, accoglienti che magari sono lì, sopite dai tanti impegni e dal ritmo frenetico del lavoro. Che valore ha parlare di ricamo mentre si fa l'igiene? Per l'anziana, per i suoi familiari, moltissimo. Si tratta proprio di un Sapere all'opera. Per analogia a partire dal tema degli indumenti, viene in mente l'episodio riportato da una delle operatrici.

"La parente mi dice: 'Questa non è la maglia di mia mamma', io allora rispondo 'Mi dispiace che tu abbia trovato una maglia che non è di tua madre, la volta prossima non accadrà'. Poi la maglia in realtà era di sua madre… Il giorno dopo la cercavo per dirglielo e non c'era!".

Tante occasioni per parlare, interloquire, entrare in una relazione più ricca e profonda si possono cogliere dalla vita delle persone che sono ospiti nel servizio; non sempre le operatrici riescono a mettere a frutto il tanto che l'esperienza personale, professionale e lavorativa ha messo loro a disposizione.

Mettere a frutto il bagaglio esperienziale senza farlo diventare un metro assoluto, senza che diventi "il legame vischioso" con l'anziano di cui si diceva sopra è un'azione che richiede attenzione. Tenere vive le parti affettive, quelle emotivamente più calde nella relazione con l'anziano senza entrare in una vischiosità eccessiva richiede di lavorare su di sé, ma anche di saggiare le consistenze e le inconsistenze della propria prassi professionale.

Da dove originano i gesti nella cura quotidiana? Quale sostrato emotivo possiamo riconoscere nei diversi modi con cui ci rapportiamo con le persone che sono ospiti e i loro familiari? Il primo passaggio di responsabilità dell'operatore è innanzi tutto con sé stesso, ed è a partire da questo che si possono sviluppare

anticorpi rispetto al binomio che si crea *tra corpi e compiti*, quando i corpi sono assoggettati ai turni di lavoro, alle azioni da compiere, agli orari.

La prospettiva di aprirsi a un confronto sui propri riferimenti porta in emersione innanzi tutto l'eccedenza della realtà rispetto al pensiero che dovrebbe confrontarsi con essa. La realtà, con la ruvidezza delle mille decisioni anche piccole e parziali da prendere, spinge a utilizzare rappresentazioni ricorrenti nel lavoro di cura, da *pensare* e da *pesare* (visto che l'etimo di pensare deriva sempre da *pondus*, il peso). Solo se diventano più consapevoli orientamenti e rappresentazioni che agiscono nei saperi all'opera, gli operatori possono costruire un approccio comune nel servizio. Diversamente, il rischio è che prenda il sopravvento il cosiddetto 'senso comune', che poi comune non è nella realtà, portando invece a situazioni gestite diversamente tra operatore e operatore, a scelte caparbie di volere lavorare sempre con gli stessi colleghi; l'approccio personalistico non si misura mai con gli esiti della cura, ma solo con il gruppo dei pari in cui si è inseriti.

*Di fronte alla morte*

I vissuti e le emozioni delle operatrici diventano particolarmente vivi quando si ragiona di lutto e morte, proprio perché entrano in maniera potente su quella scena esperienze personali situate in tempi e luoghi del passato di ciascuno. Le operatrici sentono lo smarrimento, per certi versi si ritrovano in una scena non completamente sconosciuta, ma forse non così elaborata. Raccontano: "È doloroso perché le morti ti restano negli occhi, per esempio quando abbiamo dovuto spostare quel morto in un sacco nella struttura, c'era il Covid. Con il Covid dovevamo metterli in sacchi ed è stato terribile per noi".

Di fronte al vissuto emotivo di questa condizione del termine della vita in cui ci si trova a vivere con l'altro, con gli altri una delle situazioni intime (se non la più intima) le operatrici hanno chiesto formazione tecnica. È una rappresentazione potente, quella tecnica, che entra in rapporto con la morte in una rappresentazione largamente diffusa, e per molti versi tranquillizzante, di una morte da affrontare con le armi della medicina, della scienza, dell'opportuna conoscenza specialistica. Ma in se' e per se' l'intimità non comporta conoscenza tecnica; presuppone invece il declinarsi di emozioni e di un sentire che si alternano e sono compresenti, se lasciamo spazio. La compassione, che è impregnata del senso di protezione per l'altro, ma anche la commozione, che smuove e entra nel proprio modo di porsi con l'altro e porta anche fisicamente a sentire dentro la vibrazione dell'altro, e infine la tenerezza.

Ci soffermiamo sulla tenerezza perché è una emozione poco raccontata e descritta[3]. Che cosa è la tenerezza? È una emozione che ha le caratteristiche della imprevedibilità, e la sua scarsa controllabilità. Avviene di sentire un moto di tenerezza, ma non necessariamente avviene in tutte le situazioni analoghe. Non sappiamo in anticipo quale oggetto la muove, quale evento particolare la suscita. È però un movimento che interessa il corpo intero, ci fa sentire morbidi, tocca in noi le corde della nostro intrinseca vulnerabilità, pur senza portarci fuori di noi, senza portarci a sentire solo l'arrendevolezza. Come avviene anche con la mitezza, che non equivale a arrendevolezza ma anzi ne è il contrappunto non belligerante, anche la tenerezza trova i suoi spazi, i suoi modi per esprimersi lasciandoci però nel posto in cui siamo, con la nostra vita e i nostri riferimenti ben presenti. Non ci confonde la tenerezza, ma porta in emersione qualcosa che è profondamente nostro. Da che cosa è mossa la tenerezza? Non da un oggetto specifico, dicevamo, ma da una dinamica relazionale che non possiamo prevedere, ma che possiamo accogliere solo con un movimento di consapevolezza. È un fatto di pensiero, non solo un sentire. È rivedere nella persona che ho davanti non un oggetto estraneo a me, ma qualcuno che mi è intimamente vicino, perché partecipa con me di una vita che non è solo mia ma è di tutti. Forse non è un caso che la tenerezza si manifesti non solo con gli esseri umani, ma anche con gli esseri animali: ci richiama ai fatti della vita, di cui tutti possiamo godere, nelle parti profonde, ancestrali, antiche che sono dentro di noi. Il soffrire, il morire, così spesso richiamati anche nelle interviste, alle volte come diceva una operatrice anche il nascere ("Lavoravo come puericultrice, e sono passata da *Ue Ue* alla morte, un po' traumatizzante"). Partecipiamo come esseri viventi a questi fatti, e la tenerezza arriva per ricordarcelo.

La tenerezza è un sensore di posizione per le operatrici sociosanitarie. Perché quello che è il contrario di tenerezza, è la durezza, la rigidità, che si palesa quando non riusciamo più a cogliere la *vivitudine*, la vita nei percorsi socioassistenziali che incontriamo. Spostare questo, fare l'igiene a questa, non riportano, non aiutano a fare emergere la tenerezza, che invece è quanto le persone, in particolare quando sofferenti, malate, in fin di vita cercano. Tra corpi e compiti, la tenerezza può rappresentare un antidoto alla battaglia che la medicina moderna ha intrapreso contro la morte, le malattie, la finitudine umana (Gawande, 2016), che però alle volte porta a smarrire il senso che ha pienamente

[3] La tenerezza è descritta nel testo di Laura Ambriosiano (2021) Nello spazio del lutto, anche con una ricca postfazione di Antonello Correale, nel testo di Eugenio Borgna (2022). Le riflessioni di Norberto Bobbio sono raccolte in diversi suoi libri, citiamo De senectute (1996) e Elogio della mitezza (2014)

la vita anche da anziani, con i suoi fatti non solo di corpi da curare, ma anche di fatti relazionali, affettivi, spirituali, persino espressivi e di interesse personale.

- Un primo gruppo di saperi all'opera che abbiamo sentito raccontati nelle interviste riguardava proprio *la relazione di cura verso l'ospite*. Predisporre adeguatamente il letto e il cuscino, come vuole l'anziano, "perché io lo vedo come può stare meglio, lo facevo anche per mio padre quando era a letto da tempo"; assumere una postura non invasiva, protettiva e di contenimento con l'uomo in wondering che si aggira per il centro;
- Altri esempi riguardano invece saperi all'opera legati al ben fare nel servizio: cura e attenzione verso i gesti della quotidianità per migliorare l'autodeterminazione di chi è allettato: proporre all'anziana l'assaggio di gelato.
- Infine, alcuni esempi che richiamano esperienze domestiche di ascolto e accudimento, unite alla capacità di favorire un approccio resiliente e vitale per la persona, come preparare la carta d'identità finta o fotocopiare il biglietto di un concerto a cui la signora assisterà alla televisione alla sera.

Sono saperi tecnici, ma sono anche saperi all'opera, perché non rappresentano solo adempimento di istruzioni d'uso definite, ma sono frutto dell'esperienza dell'operatore, che attinge alle esperienze di vita, proprie e degli altri. Imparare a condividere questi saperi è un modo per crescere come gruppo di lavoro, andando in profondità rispetto alla apparente naturalezza di certe azioni.

## 2. Le interazioni vitali con i colleghi nell'organizzazione di servizio

Tanti contenuti delle interviste richiamano la fatica del collaborare, del trovare modalità di incontro in cui accogliere problemi, ragionarne insieme, definire linee di lavoro. Nelle interviste le operatrici hanno raccontato e descritto il programma degli incontri come se fosse il turno di lavoro con gli ospiti: cadenza settimanale o mensile, durata, partecipanti… ma per quanto riguarda gli incontri, i collettivi, le équipe poco o niente hanno detto sui contenuti. Un'altra ricorrenza è relativa al lato emotivo, che non entra nei luoghi organizzativi del confronto, ma è riservata al momento dell'informalità, con le colleghe, considerate non a caso la prima risorsa.

Su questa fatica del cocostruire il servizio tra colleghi e con l'organizzazione abbiamo sentito utilizzare diverse metafore. Le metafore utilizzate ci possono aiutare a leggere non tanto quello che è ma il rapporto che la persona ha costruito con quello che è; di nuovo ritroviamo la necessità di un approccio non schiacciato sull'interrogare la verità assoluta, ma sull'accogliere ciò che è vero per chi parla. Metafora è un termine che deriva dal greco antico attraverso il latino; il Nuovo Devoto Oli (2022) la definisce: "Sostituzione di un termine proprio con uno figurato, in seguito a trasposizione simbolica delle immagini"

Quali metafore sono utilizzate dalle operatrici per descrivere i luoghi del confronto e l'organizzazione nel suo complesso? Nel racconto alcune operatrici hanno descritto un passaggio cruciale, dal sentirsi famiglia al sentirsi azienda. Una delle operatrici ha detto ci sentiamo **robot**. Un primo campo di metafore riguarda quindi il servizio come una macchina. Si tratta di una immagine ricorrente non solo nei servizi per anziani, ma anche in altre realtà. Delegittima, pensarsi in una fabbrica a ciclo continuo, non rende di certo maggiormente responsabili, ma anzi decentra l'autorità a livelli più alti, come se ci fossero da un lato gli esecutori e dall'altra i decisori. È il vissuto che portano le operatrici nel loro movimento lavorativo, non necessariamente la realtà in assoluto. Si tratta di uno stile di organizzazione che i servizi della cura hanno derivato da altri modelli di organizzazione esterni come quello derivato dal taylorismo con la grande industria manifatturiera, con una nuova idea di managerializzazione dei processi produttivi per ridurre la complessità del lavoro di cura (Fazzi, 2014), ma anche dal paradigma amministrativo e da quello sanitario, più vicini per professionalità e obiettivi (Manoukian, Tarchini 2020). Dal paradigma amministrativo deriva il funzionamento per modelli di efficienza economica, per corrispondenze 'oggettive' per dati, per azioni impersonali e proprio per questo sentite come maggiormente professionali, ma molto limitanti. "E' brutto da dire ma siamo più azienda adesso". Dal paradigma sanitario scaturisce un approccio da ospedale, nel quale si dipana la cultura medica della guerra alle malattie, e lo stile gerarchico è motivato anche da questo. Viene però da chiedersi: che cosa si può debellare (e *bellum* è guerra per il latino) in un servizio che accoglie persone in situazioni di malattie durature nel tempo, in situazioni in cui la malattia e la vecchiaia non si possono contrastare, ma solo accompagnare con la tenuta delle condizioni dignitose e di qualità di vita per l'ospite? L'azienda, la fabbrica, il sentirsi dei robot rappresentano metafore che richiamano questo mondo di

pensieri e valori, e rendono particolarmente difficile mantenere un approccio centrato sul lavoro di cura per e con la persona ospite del servizio.

Un altro campo di metafore riguarda invece **la famiglia**, una idea in larga parte vagheggiata, come il bel tempo antico, ma oggi collocata soprattutto a livello di piccolo sottogruppo nel lavoro. Da qui infatti l'enfasi che è stata data al ritrovarsi insieme come gruppo, il sentirsi unite con il collega (amico, inteso da Carli nel suo testo come la persona che mi corrisponde totalmente, che conosco così bene da sapere che la pensa come me). Anche in questo caso emerge la fatica e la tenuta in difesa rispetto a un contesto sentito come difficile e faticoso, con i parenti, con alcuni ospiti (quelli considerati difficili), ma anche con altri professionisti interni al servizio che possono essere l'amico sconosciuto (come descrive Carli nel suo testo) ovvero l'esperienza che si vive quando si avvicina l'altro che non si conosce, ma è comunque vicino), oppure nelle situazioni di maggiore criticità l'amico persecutore, con la pretesa di ricondurre l'estraneo al previsto, al già conosciuto. La famiglia è una metafora potente, in nome della quale avvengono avvicinamenti e distanziamenti che però non riguardano automaticamente il benessere degli ospiti; in questo approccio, anche l'esterno, ovvero la persona che entra in servizio da fuori, è classificato non per quello che dice e propone, ma per quanto avvalora o smentisce rispetto all'operato del gruppo in servizio.

Entrambe queste metafore (il robot da un lato, la famiglia dall'altro) non danno spazio per leggere le situazioni e rappresentarsi i problemi che faccia crescere le operatrici e i gruppi di lavoro; rischia di mancare proprio la partecipazione alla costruzione dei problemi. Così, dei problemi si parla in piccoli gruppi, nella guardiola, nel turno di notte, perdendo la possibilità di fare crescere il servizio proprio attraverso i problemi che incontra.

Accanto a questi due approcci possibili e presenti, si affacciano altri esempi di un approccio al servizio interessanti da sviluppare, incentrati sull'interazione possibile a custodia dell'intersoggettività delle persone accolte. Si tratta di racconti, storie di cura dell'ospite che offrono sguardi minoritari, residuali, ma pur presenti. *Siamo uno, nessuno, centomila, ogni persona è diversa, però chi lavora qui può imparare molte cose*; *La **gita al mare**, spero la torneremo a fare*; *Il biglietto finto per l'ospite che si aspetta di andare al concerto di Ligabue*, *dare la possibilità di vedere la televisione fino a tardi all'uomo con emiparesi di 56 anni,* sono piccole forme di resistenza che provano a rimettere in discussione la forza della routine, degli orari e dei turni per costruire un servizio per passare

dalla tecnologia della cura, alla cura delle persone. Ci sono esempi di capacità negativa (Lanzara, 1993), intesa come il potere di non fare, di sostare per comprendere quanto avviene, per riflettere cogliendo le potenzialità di ciò che viene avanti nella routine quotidiana. il chiedersi se è giusto procedere sempre con la risposta ai parenti "Tutto bene", o il chiedersi se si è fatto bene o no a somministrare il gelato. Piccoli gesti apparentemente, che in realtà aprono a possibili stili di operare con le persone non solo legati all' adempimento e alla tenuta dei tempi dell'organizzazione, ma a una idea diversa di servizio. Per le operatrici sociosanitarie inserite in questi servizi residenziali la tutela della soggettività dell'ospite non passa da prescrizioni o obblighi, e nemmeno dalla stessa strategia per tutte le case di riposo, perché questo "Richiede che in una organizzazione si creino delle condizioni favorevoli. (…) Si tratta di imbarcarsi in navigazioni che non sono possibili per tutti. Si tratta di intraprendere strade che vanno probabilmente scoperte nella vita quotidiana, più che essere rivelate da straordinari dispositivi tecnologici: si delineano entro interazioni ravvicinate, abituali, riviste con sguardi non abituali, attenti ai dettagli a ciò che passa 'normalmente' inosservato" (Manoukian, Tarchini, 2020, p.27). Per costruire queste condizioni di intersoggettività serve stare vicino alla realtà, a contatto con quello che c'è nel qui e ora.

Da questo punto di vista, è strategico il lavoro d'équipe, inteso come primo dispositivo organizzativo che aiuta e sostiene il processo di elaborazione degli accadimenti lavorativi, che diversamente sono oggettificati in procedure e compiti, o diventano semplice materiale di discussione tra colleghi in senso rivendicativo o competitivo. Sarebbe utile rimettere al centro il valore non episodico ma fondativo del confronto in équipe, in collettivo o in équipe ristretta, pur nella fatica e difficoltà del tenere vivi questi luoghi di cocostruzione del servizio. Forse nella dinamica di case di riposo che accolgono persone fragili con tratti frequenti di cronicità, il rischio è quello di disinvestire, considerando questo come luogo di fatica e di deludenti scambi. Ma nel terzo approccio, quello che mira a costruire interazioni a supporto dell'intersoggettività degli ospiti, la cocostruzione del servizio è fondamentale, e l'équipe un luogo in cui sperimentarla, non l'unico, ma uno dei più significativi. Se invece lasciamo che le interazioni si sviluppino senza luoghi formalizzati o in spazi destinati alla relazione interpersonale rischiamo di perdere energie preziose da parte degli operatori.

Le funzioni di coordinamento (coordinatori e Responsabili delle Attività Assistenziali) possono aiutare le équipe a rafforzare le capacità che servono per offrire oggi un servizio di qualità tramite un approccio complesso; diversamente

il rischio è di chiudersi nel *fortino* delle proprie sicurezze, ricorrendo a un prontuario di scelte operative sempre limitato, sempre mancante. Complessità è un termine molto utilizzato, e spesso confuso con complicatezza; la complessità in realtà non è un incidente di percorso, attraversa in modo trasversale il lavoro dell'operatore sociale e le équipe dovrebbero essere palestre di confronto su questo.

Emblematico dell'aspetto della complessità è il rapporto con i familiari nel servizio. In Austria si sono definiti degli appositi comitati etici per fare partecipare i familiari nella gestione della struttura, in modalità definite e forme contenute. In Alto Adige per la carta dei servizi delle strutture vengono utilizzati disegni di Comunicazione Alternativa Aumentata che descrivono anche all'ospite non capace di comprendere in modo figurativo a quali servizi può accedere (compresa la possibilità di tenere con se' il proprio animaletto d'affezione). Questi dispositivi aiutano e ricordano agli operatori *per e con chi* stanno lavorando, quali valori sono in gioco nel momento in cui ci si rapporta con gli ospiti, e che cosa implica la complessità del percorso socioassistenziale oggi, con anziani che hanno caratteristiche diverse da quelle di 10 anni fa. Per addentrarsi nella complessità possiamo utilizzare vie di ingresso diverse, che hanno però efficacia molto differente. "Alla dissoluzione della complessità, portata avanti dall'approccio semplificante possiamo fare fronte con un nuovo cammino, non definitivo né tracciato a priori, che accoglie il costruirsi man mano che andiamo avanti, in relazione con il contesto, con i molteplici interlocutori, con le risorse possibili, con gli ineludibili vincoli, ostacoli" (Morlini, 2016, p.49). L'approccio semplificante ci fa leggere soprattutto la dimensioni gestionale del servizio, i turni, le azioni, le procedure… aspetti importanti, che però non possono ridurre i percorsi delle persone, che sono l'ospite anziano appassionato di calcio, l'uomo con disabilità che da trent'anni vive allettato in dipendenza dal sostegno degli altri, la signora vedova con una figlia che vive lontana. Incontriamo la complessità tutta, quando incontriamo una situazione, un contesto, una rete di relazioni affettive. Quindi per lavorare bene con l'ospite serve, è importante ricordare, tenere in mente i parenti non come un accessorio nella relazione, ma come una parte attiva nella relazione socioassistenziale con l'ospite; è necessario rappresentarsi dentro anche le parti che altri professionisti portano e interagire con esse. Gli ospiti sono Uno, nessuno, centomila. Le interazioni vitali dell'équipe possono sostenere le operatrici e gli operatori nell'affrontare la complessità dei percorsi assistenziali degli ospiti?

## 3. La formazione e la molteplicità di *Saperi all'opera*.

Nel servizio, il lavoro multilivello, multidimensionale pone queste operatrici a contatto con saperi molto articolati: la relazione di aiuto socioassistenziale, l'igiene personale e l'ambito della cura assistenziale (con quanto essa comporta in termini di empatia con l'altro, tanto importante nel momento in cui si è di fronte non a malattie in fase acuta ma malattie cronico-degenerative), l'aiuto nel movimento. Ma oltre a queste competenze che definiamo ruolo-specifiche c'è la parte meno visibile agli stessi operatori, ovvero la conoscenza tramite contatto diretto di dati, elementi di lavoro, caratteristiche della persona in fasi di vita diverse, che possono essere da trattare non tanto come elementi di lavoro a se stanti, con l'inevitabile effetto del "*vuole insegnarmi*", quanto piuttosto per aprire uno spazio di lavoro su come interagiscono la mia cultura personale, la mia esperienza nel leggere questi dati e attivare delle azioni.

Accanto alle competenze maggiormente visibili e formalizzate, che in qualche modo sono "canoni" nella professione di operatore sociosanitario, si affacciano altri saperi meno conosciuti, meno evidenti, ma comunque agiti. Se ne coglie la portata in particolare quando ci si rapporta con operatori di altre nazionalità, cosa che si verifica frequentemente nelle strutture residenziali, ma sono comunque insite in ogni professione e contesto.

Possiamo descrivere la competenza come frutto di tre dimensioni diverse: l'azione contestualizzata; le risorse disponibili, intese come risorse personali e dell'ambiente; il pensiero al lavoro (Le Boterf, 2008).

*a.L'azione contestualizzata: il percorso di cura soggettivo e intersoggettivo*

La riflessività sull'agire professionale potrebbe sembrare un tema astratto, e nei fatti lo è, nel senso che si tratta di astrarsi dallo specifico e dall'operatività, è un tirarsi fuori per comprendere meglio. Ma l'astrattezza qui ricercata è relativa a una concretezza da ricercare, senza chiudersi nel Si è sempre fatto così, nel buon senso, nel senso comune, che poi comune non è. Per ottenere *concretezza*, le professioni hanno bisogno di *astrazione*, ovvero di riconoscere dalle tante esperienze vissute un comune denominatore, un dato ricorrente, che è poi quello che sviluppa l'apprendimento nel lavoro. Nel servizio di cura incontriamo elementi consistenti, definiti. Il sapere sanitario sul diabete, sulle malattie degenerative, sulle varie forme di demenza è apparentemente definito, lucido, preciso. Diciamo apparentemente perché nei fatti non è proprio così, e la medicina è da questo punto di vista anch'essa una scienza insatura, che deve frequentemente ricordarsi dei propri limiti (Illich, 1991), per evitare il rischio della idealizzazione

(Marzi, Morlini, 2005): è proprio parte del pensiero scientifico misurarsi con l'incertezza e il dubbio sui propri esiti. In più nel servizio di cura ha importanza declinare i saperi professionali in relazione all'esperienza della persona concreta che si incontra e anche dello stesso operatore, entrambi coinvolti in una situazione singola, irripetibile per quella fase e quel momento. Se poi l'incontro avviene in una scena che è dominata dal tema della vecchiaia e dell'approssimarsi del fine vita assume una inevitabile rilevanza il vissuto e il percorso che la persona sta vivendo: che cosa evoca questo vissuto nell'operatore, in relazione alle sue rappresentazioni, alle esperienze che ha attraversato?

*b.Le risorse disponibili: il professionista e l'ambiente*

Questa rappresentazione articolata di saperi a livello diverso apre la strada a possibili autoanalisi del bagaglio di competenze dell'operatore, che può così misurarsi non solo sulle fondamentali conoscenze tecniche, ma anche sulle altre due aree che compongono la competenza, ovvero l'asse delle risorse disponibili e l'asse della riflessività dell'agire professionale. Possono così emergere non solo contenuti specifici, ma anche la possibilità di rintracciare risorse inattese, le cosiddette *slack resources*, le energie sotto utilizzate in impresa. Magari gli stessi operatori sociosanitari hanno risorse inespresse, se non si ragiona unicamente in termini di conoscenze tecnico professionali in senso stretto; magari ci sono aspetti del servizio che possono meglio essere presi in mano se vengono ricostruite consapevolezze.

L'operatrice incontra la parente che è nella camera da letto della madre, la signora Vania di 85 anni, che in questo periodo iniziale di accoglienza nel servizio appare molto disorientata; la signora Vania dice di dovere uscire per fare la spesa, non capisce dov'è. "Eppure a casa era lucida..", accenna in un mormorio la figlia. L'operatrice la guarda, e in un sussurro dice: "Che bella signora… Davvero una bella signora, spero di avere anche io dei capelli così belli quando avrò la Sua età". La figlia ringrazia, guardando di nuovo la madre. "Mamma hai sentito? i tuoi capelli sono proprio belli".

Una interazione di questo tipo rappresenta una risorsa di energia sottoutilizzata, se l'operatrice non è coinvolta e attiva nel percorso di accoglienza della nuova ospite. Le risorse personali e dell'ambiente sono talvolta inesplorate, perché date per scontate, non viste, perché alle volte non si ritiene che siano particolarmente importanti. Ma per l'ospite, per il parente sono importanti questi

aspetti, che aiutano a leggersi in un ambiente che cura, e non solo a contatto con le prestazioni assistenziali o sanitarie.

*c.Il pensiero al lavoro: la riflessività nel lavoro di cura*

Il pensiero al lavoro, la riflessività è l'altro asse di competenza che emerge nella professionalità degli operatori sociosanitari (Schon, 1993). Quando una prestazione intuitiva e ripetuta risulta efficace, fatichiamo a rifletterci sopra, la diamo per acquisita, agiamo quindi 'con il pilota automatico'. Per questo è importante lo scambio, il confronto con gli altri professionisti: per cocostruire il servizio, e per attivare sguardi diversi sulle stesse azioni, per problematizzare, per rendere meno comoda la ripetizione dell'operatore, per rivedere i propri modelli mentali. Intendiamo per modelli mentali quell'insieme di immagini, ipotesi e storie che fondano l'agire professionale: "Le persone non sono sempre coerenti con le teorie che sposano (cioè dicono), ma sono coerenti con le teorie che utilizzano" (Senge, 2019, p. 315).

Nel caso degli operatori sociosanitari, come visto sopra, i modelli mentali richiamano il vissuto, i saperi informali e taciti che nascono dal senso comune della persona, da convinzioni e tradizioni culturali. I saperi taciti fanno parte dei modelli mentali che informano la nostra idea del mondo, ma anche in modo più ravvicinato di quello che è utile, giusto, pertinente fare in una certa situazione, anche di cura della persona. Per lavorare sui modelli mentali e quindi sui saperi taciti serve esplorare i salti di astrazione attivati spesso senza rendersene conto, indagandone i motivi. "Quando passo di lì, io me ne accorgo se l'ospite è scomoda, le sposto il cuscino e sta meglio". L'azione da porre in atto è sempre spostare il cuscino? E prima ancora di agire quali segnali ho colto per comprendere che la persona era scomoda? Se non siamo consapevoli dei salti di astrazione, non leggiamo il bisogno di analisi e non siamo nemmeno in grado di comunicare ad altri il contenuto del sapere che per noi è acquisito. Un buon metodo è descrivere, come in un foglio diviso in due, da un lato i segnali raccolti (ovvero le informazioni di lettura, fatte di sguardi, posture, movimenti, odori,…), e dall'altro l'interpretazione che ne abbiamo dato e quindi l'azione agita. Questa modalità può servire a vedere connessioni, i pieni e i vuoti nelle risposte, i bisogni inevasi, quelli che trovano immediata risposta e altri mai raccolti. Nel considerare i saperi taciti incontriamo quindi il tema della connessione tra pensiero e azione, tra saperi e opera, come da titolo di questa ricerca. Per decostruire una eccessiva scissione di teoria e pratica, operata spesso nei servizi (come detto dalle

operatrici: ‘I manuali per l’operatore sociosanitario non servono’[4]; ‘Il lavoro lo impari grazie a un’altra operatrice che affianchi’; ‘In quel tirocinio mi hanno insegnato i trucchi’) occorre pensare a una formazione che non riproduca le stesse modalità di potere (‘Mi ha voluto insegnare’) e che anzi cerchi costantemente un confronto tra competenze diverse, tra livelli di autorità differenti con una gerarchia non statica, ma mobile intorno ai problemi.

I contenuti di lavoro possono essere trattati non solo nei percorsi o in seminari formativi, ma anche all’interno di riunione di équipe, di collettivi, e anche nei passaggi di consegne. In queste situazioni maggiormente vicine all’operatività sono sollecitate naturalmente la funzione della Responsabile di Attività Assistenziale e la funzione di coordinamento. Se la RAA riesce a ricondurre il lavoro nell’alveo dell’approfondimento dei saperi taciti, se riesce a interrompere la tendenza alla ripetitività e al meccanicismo del fare operativo, le azioni quotidiane possono essere fonte di esempio e un ambito nel quale misurarsi fattivamente intorno ai contenuti specifici. L’attenzione delle Raa e del coordinamento può aiutare l’équipe a spostare la propria attenzione dalle relazioni interpersonali e dalla centratura su di se’ (“le risorse siamo noi stesse”), all’approfondimento della qualità del servizio offerto, rivolto a ospiti e familiari, al centro del lavoro.

L’interazione professionale che coinvolge l’operatrice e la figura dell’infermiere è essenziale, non tanto per stabilire una “gerarchia dei saperi” quanto per favorire reciprocamente la possibilità di avere sguardi diversi sulla stessa situazione, esercitandosi quindi nell’esplicitazione e nella negoziazione delle azioni da portare avanti. I saperi all’opera in servizi che portano a incontrare l’umano nella sua complessità possono essere non sovrapposti o addirittura contrapposti ma in interazione tra di loro nell’équipe interprofessionale che è una delle ricchezze dei servizi per anziani che abbiamo incontrato.

[4] In realtà, uno dei testi più utili per realizzare questa ricerca è il manuale di Longoni, B., Pastore, T., si veda in bibliografia.

# CAPITOLO QUATTRO - "*Cantiere formazione*" con i *saperi all'opera* nelle strutture di FeDiSA

## 1. Cocostruire i saperi all'opera, tra contenuti consolidati e possibili sperimentazioni

Nel capitolo secondo abbiamo descritto la competenza come frutto di tre dimensioni diverse: l'azione contestualizzata; le risorse disponibili, intese come risorse personali e dell'ambiente; il pensiero al lavoro.

Ci pare interessante rintracciare queste dimensioni diverse nelle richieste delle operatrici. La prima, quella delle attività, pare sufficientemente rappresentata nelle richieste relative all'operare con ospiti diversi, che pongono sfide nuove all'operatività e necessitano di approfondimenti tematici; anche la fase della malattia avanzata e del fine vita interpellano questo asse di competenza, così come altre domande di formazione specifiche. La dimensione delle risorse personali disponibili, interne o esterne all'organizzazione, interroga rispetto allo scambio comunicativo con infermieri e non solo, visto che, anche la comunicazione con i parenti pare essere una dimensione di competenza sollecitata. Sempre per quanto riguarda le risorse disponibili le operatrici sollecitano la proposta di un tema di comunicazione interno all'équipe, tra operatrici sociosanitarie.

Meno presente nelle proposte e sollecitazioni delle operatrici è la terza dimensione di competenza: la riflessività sull'azione, che è quella necessaria per cogliere i saperi all'opera. Abbiamo raccolto piccoli accenni, per lo più domande, interrogativi che riguardano il valore e la valutazione di quello che si è offerto come servizio ("Come si capisce se si è fatto bene o male in un certo modo di rapportarsi all'ospite?"), piuttosto che dubbi in relazione a agiti professionali che riguardano il modo in cui ci si approccia con i parenti ("Va bene dire sempre che va tutto bene?").

Ognuna delle tre dimensioni di competenza assunta come unico riferimento risulta fonte di squilibrio.

a. Se la centratura è solo sull'azione, l'apprendimento rischia di diventare un passaggio di informazioni alle quali aderire; il rischio è enfatizzare la ripetitività e la coazione a ripetere, con il problema che però non basta ripetere quanto appreso. Nessuna regola vale sempre e comunque, una azione va sempre ponderata per comprendere se è quella giusta da attuare. In questo senso la

formazione specifica sulle tipologie di demenza o sulle varie malattie degenerative, tanto richiesta dalle operatrici, è limitata, non facendo cogliere l'essenza del lavoro con la persona specifica, con il suo nome e la sua storia. L'azione, la capacità di ben agire è la dimensione di competenza più di frequente citata. perché porta in dono una presunta sicurezza tecnica nell'operare, di cui chi lavora a contatto con la vulnerabilità e la fragilità ha particolarmente bisogno.

b. Se si considera solo la dimensione delle risorse disponibili, l'operatore potrebbe enfatizzare come essenziali le proprie caratteristiche personali, che sono per questo difficili da mettere in comune. Dipendono da questo pensiero alcune considerazioni come "So come si fa, me lo sento, se succede questo allora vuol dire…". L'operatore si pone come strumento di contatto con la persona, con il rischio di svalutare chi ha di fianco, e rendendo meno esplicite e contestualizzate le scelte fatte. Per quanto riguarda gli ospiti e parenti succede allora che si leggano soprattutto le mancanze, mentre le risorse personali e del gruppo di lavoro risultano sempre ricche e positive.

c. Infine, la dimensione della riflessività può consentire all'operatore di accrescere il senso della propria efficacia e l'interesse all'apprendimento; infatti gli esempi riportati nelle parole delle operatrici intervistate erano domande, che quindi sollecitano una ricerca di risposte. D'altra parte è anche la dimensione di competenza che problematizza, crea incertezza, ponendo l'operatore a contatto con il dubbio in una condizione di *capacità negativa*, intesa come sospensione dell'azione. Mettere in discussione o utilizzare come gruppo i saperi all'opera che gli operatori portano richiede proprio di attivare questa dimensione di competenza.

Nelle parole delle operatrici sono state nominate proposte di formazione sulle competenze tecniche (prima dimensione, l'agire contestualizzato), e proposte per potenziare la lettura delle risorse (seconda dimensione, le risorse disponibili), tra operatrici e in interazione con i professionisti dell'area sanitaria e di altri professionisti non appartenenti alla propria comunità di pratica (Wenger, 2006).

Da questo punto di vista si potrebbero sviluppare opportunità formative di interazione professionale tra professionisti diversi, per esempio con gli infermieri, su temi specifici che riguardano la lettura dei percorsi biosociosanitari degli ospiti. Tra l'altro sarebbe un terreno formativo stimolante per la crescita in termini di riconoscimento reciproco tra professionisti chiamati a operare insieme nel contesto.

Meno presente nelle parole delle intervistate, è la competenza per pensare al proprio agire professionale, ovvero la terza dimensione delle competenze, che dicevamo aiuta a non a ripetere in modo meccanico le azioni, ma aiuta anche in positivo a raccogliere e consolidare i saperi all'opera di cui le operatrici sono dotate.

Proponiamo quindi due azioni formative specifiche a sostegno di quanto prima espresso.

Una prima azione è la progettazione di seminari formativi interorganizzativi con la partecipazione di personale dei diversi servizi residenziali per anziani di FeDiSA, così da approfondire e comprendere al di là della propria struttura gli snodi che attraversano il fare professionale. Se buona parte degli operatori intervistati e incontrati richiamano alcune questioni trasversali, può essere una buona occasione per costruire gruppi di lavoro tematici all'interno di un contesto di seminario allargato, tenendo presente la centratura su temi specifici. La modalità potrebbe essere quella di lavori a sottogruppi intorno a difficoltà e criticità specifiche, incontrate nei servizi; tali sottogruppi potrebbero vedere la partecipazione di operatori, infermieri, responsabili di servizio di organizzazioni diverse. FeDiSA potrebbe essere veicolo di tale movimento, ponendosi come contenitore accogliente, e anche neutrale. Ai gruppi di lavoro si potrebbe chiedere lo sviluppo di tematiche sfidante, come a titolo di esempio, l'accoglienza di ospiti provenienti da altre culture nei servizi residenziali; la costruzione di percorsi di inserimento dei nuovi colleghi assunti in servizio; i tratti che distinguono le azioni socioassistenziali in riferimento a forme di demenza; attività di animazione per tipologie di ospiti con sufficienti capacità residue. Ogni gruppo di lavoro potrebbe poi restituire un breve resoconto, da condividere tra i servizi residenziali coinvolti, su cui potere avviare sperimentazioni, dando la responsabilità a alcune operatrici di fare da punto di riferimento tra servizi diversi.

In secondo luogo, ci pare fondamentale un accompagnamento formativo alla figura del Responsabile di Attività Assistenziale. Le Responsabili si trovano spesso a agire nella direzione di una operatività frenetica, spesso sotto pressione, con una sensazione che è quella di dovere mediare tra istanze non allineate tra operatori e direzione.

Eppure le responsabili non sono funzioni deputate a rispondere e risolvere (come gli operatori alle volte vorrebbero), magari parteggiando per una o un'altra parte, né a mediare nel senso di "stare nel mezzo", aggiustare, limare gli spigoli. Sono figure che raccolgono indizi, osservazioni, dati empirici su quello che sta

avvenendo nei percorsi sociosanitari e assistenziali degli ospiti con il coinvolgimento diretto delle operatrici, e possono essere utili per favorire l'approfondimento dell'agire professionale, portando quindi alla luce i saperi all'opera già presenti nel gruppo, per consentire anche alle operatrici e alle équipe di crescere nel proprio agire professionale.

## 2. Sostenere la partecipazione delle operatrici nella costruzione dei saperi: la mediazione formativa

Come si diceva nel secondo capitolo, nei servizi agiscono diversi livelli di autorità, con alcune peculiarità dei servizi rivolti agli anziani. In questi servizi infatti l'incontro con la vulnerabilità e la fragilità più diretto è portato avanti da operatrici e operatori che hanno alle spalle percorsi lavorativi talvolta complessi, articolati, non sempre direzionati alla crescita di competenze definite, ma alle volte con capacità e competenze frutto di percorsi lavorativi diversi, di incontri fortuiti, di occasioni colte al volo. Molto più definita pare la professionalità delle professioni sanitarie. I medici e gli infermieri paiono portatori di saperi tecnici maggiormente definiti; paiono figure più potenti, rispetto alle figure professionali degli operatori sociosanitari, che hanno sì una parte relativa al sanitario nel nome, ma anche una parte di operatività sociale, considerata a torto o a ragione secondaria, meno professionalizzata, con una visibilità molto diversa.

Eppure la conoscenza dei percorsi dell'ospite e dei familiari in casa protetta sono spesso nella disponibilità degli operatori, che li seguono costantemente e che si accorgono di quello che succede alla persona ospitata. Avvengono storie e avventure, dentro ai servizi, che meritano un ascolto e una considerazione anche nelle parole riportate dagli operatori sociosanitari; come nel racconto della carta d'identità confezionata in ufficio ("Una fotocopiatrice, un foglio di plastica ed ecco fatto!") per la signora che voleva partire e andare dalla figlia, o il concerto di Ligabue a cui l'ospite teneva e glielo si è fatto vedere alla televisione, o la disponibilità a lasciare alzato fino a tardi il signore di 56 anni con emiparesi, ma lucido nel fare la richiesta di non essere trattato come gli altri. Non sempre però questi racconti che vengono giocati in situazioni precarie e difficili, di grande fatica fisica e tenuta nel tempo sono descritti dagli stessi operatori; restano nella quotidianità come ovvietà o soddisfazioni solo personali, magari per non mettersi in mostra ed evitare così le critiche delle altre operatrici, per soggezione a altre figure professionali considerate più preparate (gli infermieri, innanzi tutto), per difficoltà a esprimere l'opera offerta attraverso le parole e non solo attraverso il fare. Alle volte i termini e le parole da utilizzare non sono così

semplici, specie per chi proviene da altri Paesi, ma anche per chi ha buona padronanza della lingua ma non si trova a suo agio a mentalizzare ed esprimere il proprio lavoro.

Quindi la scena del servizio è ingombra di materiali inerti e non utilizzati: conoscenze importanti ma non socializzate, modalità di funzionamento operativo individuali non esplicite ma condivise ('Ci troviamo a parlarne in guardiola'), dati e osservazioni pertinenti che non trovano strade costruttive per essere raccolte ('Avrò fatto bene? mi chiedo. Perché non so se va bene fare assaggiare il gelato, ma alla signora piace molto e non ha limitazioni di dieta'). Come raggiungere questo tesoretto parzialmente occultato? Come renderlo un sapere discusso e condiviso nell'équipe di lavoro? come generare occasioni di scambio e di pensiero critico intorno a prassi elaborate nel tempo che però sono divenute anche obsolete o non adeguate agli ospiti accolti nel qui e ora?

Si tratta di fatiche e resistenze che trovano una loro esemplificazione anche nello scarso utilizzo della formazione, laddove viene lasciata a una scelta volontaria, o anche per quanto riguarda la partecipazione nei luoghi organizzativi di confronto. Anche nelle riunioni abbiamo colto la fatica da parte degli operatori nella esposizione del proprio pensiero, il non sentirsi ingaggiati. Forse aleggia l'idea del *robot*, più che quella della *gita al mare*, come accennavamo sopra, ovvero un sistema meccanico di turni e azioni, e non un contesto di vivo incontro e scoperta con l'altro, da costruire con chi c'è.

Forse in questo *approccio robotico* possiamo rintracciare una delle ragioni di fatica nel partecipare. Pensiamo che la direzione di lavoro per sollecitare e sostenere la partecipazione degli operatori possa essere quella di mobilitare e muovere i rapporti di autorità che si attivano nell'équipe di lavoro. Le équipe infatti, a contatto con malattie prolungate nel tempo e con lungodegenze corrono il rischio di strutturarsi, irrigidirsi, diventare granitiche. Come per gli ospiti allettati, con i quali può essere difficile pensare a una movimentazione brusca, ma serve comunque una attività dolce di recupero, così per le équipe è importante sgretolare le strutture che tendono invece a bloccarsi in forme e modi non pertinenti al servizio stesso. Di fronte alla fissità della équipe non è sufficiente inserire delle persone esterne, dei formatori o degli esperti. Serve piuttosto pensare a funzioni diverse che si possono giocare nel gruppo per contenuti diversi.

Nella ricerca abbiamo provato a saggiare la possibilità di articolare diversamente i saperi messi in gioco dalle operatrici, chiedendo al gruppo delle persone intervistate di definire chi di loro poteva essere presente nei focus group

per aiutare la ricercatrice da un lato a formulare meglio le domande, e dall'altra per sollecitare esempi e considerazioni da parte delle operatrici partecipanti. Questo assetto diverso ha quindi portato a avere nel contesto del focus group con la ricercatrice alcune operatrici ancora non incontrate e insieme una o due operatrici precedentemente intervistate, che quindi conoscevano già quali potevano essere i temi da toccare. Si sono così inseriti sguardi diversificati sugli stessi oggetti, e allo stesso tempo le differenze nel focus group sono rimaste mobili, visto che nei fatti oltre alla ricercatrice, a fare le domande alle proprie colleghe erano le operatrici prima intervistate e coinvolte. presenti sono state reintegrate nella stessa funzione delle altre.

L'intenzionalità del decostruire queste strutture di autorità e lavoro può offrire altre occasiono, altre idee. Per quel che riguarda la formazione, potrebbe essere opportuno e interessante pensare che ci siano alcune operatrici che assumono un ruolo di sostegno al docente, anche offrendo spunti operativi, e magari incontrano prima il docente per definire insieme i contenuti e gli esempi da trattare. Questa mediazione formativa potrebbe essere sperimentata su temi diversi; le persone che indossano questa funzione temporanea potrebbero essere indentificate in base a quanto avviene nel servizio sull'uno o l'altro argomento. La mediazione formativa (Le Boterf, 2008), che viene impersonata da una o più operatrici può avere una azione multilivello:

-un'azione di rafforzamento: l'operatrice coinvolta dovendo porsi in questa modalità più responsabilizzata, tenderà a preparare diversamente la propria partecipazione, anche in termini di problemi. Nei fatti le operatrici che hanno fatto mediazione formativa nei due focus group hanno chiesto prima come intervenire, e allo stesso tempo sono intervenute in modo proattivo per stimolare il confronto e l'apprendimento dall'esperienza;

-un'azione di sostegno e incoraggiamento: l'operatrice che impersona la funzione di mediazione formativa può consentire anche al gruppo (o almeno a una parte di esso) di progredire e apprendere, nella misura in cui è possibile (e rendendo tra l'altro visibile anche la soglia di sviluppo di competenza per il gruppo);

-un'azione facilitante del confronto tra le persone partecipanti, in modo da fare emergere anche le parti tenute più in ombra, che necessitano di una maggiore esplicitazione, anche solo tramite esempi e richiami alla quotidianità del servizio.

Nella esperienza della ricerca, sono comparse risorse molteplici e differenziate da parte di alcune operatrici, materiale di ragionamento per

coinvolgerle in un contesto di formazione, di discussione, di équipe. Per mantenere mobile l'autorità serve comunque avere l'accortezza di non scegliere a priori chi coinvolgere. È con il gruppo che si esplicitano le tematiche di cui si vuole ragionare, insieme al gruppo si possono verificare le vicinanze e le distanze rispetto ai temi da toccare. Solo con queste disimmetrie mobili si può evitare un'ulteriore "artrosi" della organizzazione, un irrigidimento di struttura che non giova né agli operatori al lavoro né al servizio stesso.

## 3. La formazione come leva organizzativa nei servizi

La formazione intesa in questo senso acquista maggiore densità e sostiene anche lo sviluppo di pensieri non schiacciati su quello che non c'è, che manca, che è carente, ma su quel tanto che è possibile a partire dai limiti in cui ciascuno vive.

Certamente questo implica scegliere una strada nella quale la formazione non è racchiusa in una linearità di lavoro, per cui si accolgono i bisogni così come sono. Non è neanche semplicemente appiattita nella scelta di adesione volontaria o obbligo formativo. Si tratta invece di scegliere una direzione di governo nella quale si cercano obiettivi da raggiungere, grazie a un negoziato tra équipe di lavoro e organizzazione di servizio, senza perdere l'occasione di confrontarsi, di discutere dei bisogni portati dalle operatrici, ma anche senza rinunciare a offrire letture più ampie di quello che vive il servizio. Le domande poste nella ricerca rispetto al tema della comunicazione aprono molti cassetti di ragionamento organizzativo da fare, che in parte possono riguardare la formazione, ma anche altri incontri possono essere interessanti se la finalità è quella di incidere sulla comunicazione. Addirittura ci possono essere incontri extraservizio che aiutano a verificare una idea diversa di servizio, tramite scambio comunicativo con altri operatori. L'importante è rompere una attesa lineare e semplicistica di una risposta al bisogno che è una offerta di formazione in risposta a tale bisogno. La formazione serve a aprire domande da porsi insieme agli altri colleghi, per poi trovare insieme una strada di interlocuzione sui problemi. Poi certamente ci possono essere approfondimenti tematici, ma se non viene presidiato abbastanza l'obiettivo il rischio è ricadere in un meccanismo di risposta che può sviare rispetto alla reale domanda di formazione. A titolo di esempio, sulle cure relative al fine vita si è aperto un bell'interesse. Ma come trattare questo tema, senza rischiare che le operatrici si aspettino e vogliano un percorso tecnico sanitario di farmacologia, e non un percorso di taglio biopsicosociale come richiesto dalla fase del fine vita? occorre preparare le operatrici e il gruppo

a formulare domande, oltre naturalmente a concordare le centrature da dare ai contenuti con i docenti. Solo quando c'è una intenzionalità e una cura del processo di elaborazione da bisogno a domanda la formazione può essere utile, insieme ad altri dispositivi, per sollecitare una crescita organizzativa.

Accanto alla leva organizzativa della formazione, ci sono altre leve importanti per il servizio. Il governo complessivo di servizi complessi infatti si muove in direzioni diverse e compresenti. Un'altra leva organizzativa è quella della cura del personale, intesa come esplicitazione e rafforzamento delle motivazioni, delle aspettative e della storia professionale delle operatrici coinvolte. La narrazione del percorso personale e professionale non è semplice, vista l'articolazione che abbiamo notato nel racconto delle persone intervistate; in più, anche il contesto intorno non è facilitante, date le frammentazioni a cui sono esposte le vite delle persone. Valorizzare i saperi all'opera non significa tenere presente solo l'approccio formativo, quello in cui si acquisiscono competenze nella positiva compresenza tra discenti e docenti, ma anche avere luoghi nei quali le idee e le proposte trovino una loro definizione e condivisione, a partire da professionalità diverse, e con disimmetrie mobili di autorità.

Forse l'attività delle Operatrici Sociosanitarie può essere considerata una attività da minatori: scendere a cercare quello che di prezioso c'è nell'operatività, in azioni che accolgono anche aspetti apparentemente meno nobili, non sempre piacevoli, ma di sicuro vitali per le persone ospiti nei servizi. Ha molto valore l'addentrarsi in questa quotidianità dei servizi residenziali, che pure alle volte non prevede una via di uscita luminosa per le persone ospitate, ma un vivere con dignità gli anni di vita.

Proprio per questo è così importante la presenza di chi porta una lanterna, offrendo una visibilità ridotta ma sufficiente al ben operare, e costruisce interazioni pienamente umane anche quando si avvicina il buio nella vita delle persone. La lanterna dei saperi all'opera illumina e rende possibile la scoperta di altre risorse, di storie necessarie alla realizzazione di un servizio di qualità. Ciò che è *estratto* in certe fasi di vita ha tanto valore per il benessere delle persone, quando le operatrici tengono la lanterna accesa per le persone sofferenti che sono loro affidate, e la condividono con gli altri professionisti nel servizio.

# BIBLIOGRAFIA


Corbetta, P., (2014). Metodologia e tecniche della ricerca sociale. Bologna: Il Mulino

Brunod, M., Olivetti Manoukian, F., (2008). In Colucci, F. P., Colombo, M & Montali, L. (A cura di) La ricerca-intervento. (pp. 147-172). Bologna: Il Mulino

Bobbio, N. (1996), De senectute. Torino: Einaudi

Bobbio, N. (2014), Elogio della mitezza, Milano: Il Saggiatore

Borgna, E. (2022), Tenerezza. Torino: Einaudi

Capranico, S., (1992). In che cosa posso servirla. Idee e cultura per le organizzazioni di lavoro. Milano: Guerini e associati.

Carli, R., Paniccia, R. M., (2002). L'analisi emozionale del testo. Milano: FrancoAngeli

Fazzi, L., (2021). Il maltrattamento dell'anziano. Sant'Arcangelo di Romagna: Maggioli Editore.

Fazzi, L., (2014). Il lavoro con gli anziani in casa di riposo. Sant'Arcangelo di Romagna: Maggioli Editore.

Gawande, A. (2016). Essere mortale. Come scegliere la propria vita fino in fondo. Torino: Einaudi

Lanzara, G. F., (1993) Capacità negativa: competenza progettuale e modelli di intervento nelle organizzazioni. Bologna: Il Mulino

Le Boterf, G., (2008). Costruire le competenze individuali e collettive. Agire e riuscire con competenza. Le risposte a 100 domande. Napoli: Guida

Lingiardi, V. (2024) Corpo, umano. Torino: Einaudi

Longoni, B., Pastore, T., (2005). Prendersi cura. Manuale di formazione per operatori sociosanitari. Milano: Casa editrice ambrosiana.

Illich, I. (2005) Nemesi medica. L'espropriazione della salute. Cornaredo (MI): Red!

Marzi, A., Morlini, A. (2005) L'hospice al servizio del malato oncologico grave e della sua famiglia. Milano: McGraw-hill

Morlini, A., (a cura di), (2016). Intraprendere nella complessità. Strategie di cambiamento nelle organizzazioni. Roma: Carocci.

Olivetti Manoukian, F., Tarchini, V., (2020). Vivere in RSA. Sant'Arcangelo di Romagna: Maggioli Editore.

Olivetti Manoukian, F. (1998) Produrre servizi. Lavorare con oggetti immateriali. Bologna: Il Mulino

Schon, Donald A., (1993) Il professionista riflessivo. Bari: edizioni Dedalo

CON IL CONTRIBUTO DI

FONDAZIONE
CASSA DI RISPARMIO
DI REGGIO EMILIA
PIETRO MANODORI

FONDAZIONE
Boni Cuvier