

Il Servizio Sociale durante la Pandemia: Presa di Coscienza, Teoria e Pratica



**Sintesi della ricerca internazionale:
Argentina, Brasile, Italia, Spagna, Svezia**

COORDINATRICE: ALEXANDRA MUSTAFÁ



La pubblicazione di questo volume è stata resa possibile grazie alla sponsorizzazione dell' Associazione Internazionale di Scuole di Servizio Sociale (IASSW-AIETS)

Argentina - Diana Crisistelli, **Brasile** - Alexandra Mustafá, Salyanna de Souza Silva, Ramiro Marcos Dulcich Piccolo, Márcia Iara Costa da Silva Rego, Gisele Caroline Ribeiro Anselmo, Elizabeth da Silva Alcoforado; **Italia** - Lluís Francesc Peris Cancio, Maddalena Floriana Grassi, Maria Lorenzoni Stefani, Elena Spinelli; **Spagna** - Josefa Fernández Barrera e Belén Parra Ramajo, Miguel-Ángel Mateo-Pérez, María-Asunción Martínez-Román, Arantxa Rodríguez Berrio, Emma Sobremonte Mendicuti; **Svezia**: Jessica Jönsson, Maria Bennich.

Il Servizio Sociale durante la Pandemia: Presa di Coscienza, Teoria e Pratica. Libro poliglotta in: Italiano, Inglese, Portoghese, Spagnolo e Svedese; coordinatrice, Alexandra Mustafá. – Roma: ISTISSS, 2024.

ISBN 978-88-95464-15-2

In copertina: Richiesta di immagini per AI di Lúcio Mustafá



Il Servizio Sociale Durante la Pandemia: Presa di Coscienza, Teoria e Pratica

**Sintesi della ricerca internazionale:
Teoria e pratica del servizio sociale nel mondo in
tempi di pandemia
Argentina, Brasile, Italia, Spagna, Svezia**

Progetto finanziato da IASSW-AIETS
Associazione Internazionale delle Scuole di Servizio Sociale

Coordinatrice: Alexandra Mustafá

Argentina - Diana Crisistelli, **Brasile** - Alexandra Mustafá, Salyanna de Souza Silva, Ramiro Marcos Dulcich Piccolo, Márcia Iara Costa da Silva Rego, Gisele Caroline Ribeiro Anselmo, Elizabeth da Silva Alcoforado; **Italia** - Lluís Francesc Peris Cancio, Maddalena Floriana Grassi, Maria Lorenzoni Stefani, Elena Spinelli; **Spagna** - Josefa Fernández Barrera e Belén Parra Ramajo, Miguel-Ángel Mateo-Pérez, María-Asunción Martínez-Román, Arantxa Rodríguez Berrio, Emma Sobremonte Mendicuti; **Svezia**: Jessica Jönsson, Maria Bennich (Università di Örebro).

ISTISSS/– 2024

SOMMARIO

Il Servizio Sociale durante la Pandemia: Presa di Coscienza, Teoria e Pratica Error!
Bookmark not defined.

AVVERTENZA.....	5
INTRODUZIONE.....	6
ARGENTINA	20
BRASILE	38
ITALIA.....	78
SPAGNA.....	103
SVEZIA.....	140

SOCIAL WORK IN THE PANDEMIC: AWARENESS RAISING, THEORY AND PRACTICE161

WARNING.....	162
INTRODUCTION	163
ARGENTINE.....	177
BRAZIL.....	194
ITALY	233
SPAIN	258
SWEDEN	293

SERVIÇO SOCIAL NA PANDEMIA: TOMADA DE CONSCIÊNCIA, TEORIA E PRÁTICA: IN THE ORIGINAL LANGUAGE OF EACH COUNTRY 313

ADVERTÊNCIA.....	314
INTRODUÇÃO	316
ARGENTINA	331
BRASIL.....	349
ITALIA.....	389
ESPAÑA	414
SVERIGE.....	451

AVVERTENZA

Negli ambienti accademici di tutto il mondo si afferma e si accetta spesso che la ricerca sociale abbia una validità limitata all'epoca in cui è stata condotta, e questo è considerato un fatto molto positivo. Gli scienziati sociali vedono il loro lavoro come un'ispirazione per nuove ricerche e sono lieti di constatare che, sulla base dei loro studi, i nuovi ricercatori hanno progredito nella conoscenza della materia e l'hanno persino superata. Il sociologo italiano Franco Ferrarotti ha spiegato magistralmente questo concetto con le seguenti parole:

[Gli scienziati] sanno che i loro risultati, per quanto brillanti, avranno vita relativamente breve. Sognano di essere superati e anche dimenticati, perché sanno che la loro vera, permanente vittoria consiste in un progresso scientifico che li renda al più presto obsoleti, piccoli, talvolta minimi gradini in uno sviluppo al quale nessuno può in anticipo assegnare un termine finale e insuperabile.¹

Tuttavia, è importante che gli studiosi, per prendere criticamente coscienza della produzione di conoscenza, riconoscano i momenti insoliti che emergono improvvisamente dal profondo della storia. Devono percepire nell'insolito la caratterizzazione del tutto particolare di alcuni approcci che possono addirittura segnare un'epoca, come è stata la pandemia.

Emergono così nuove domande di grande significato, come: in che senso dobbiamo dire che la pandemia di Covid-19 è stata un evento epocale? Cosa ci costringe a correggere nelle nostre analisi? Quanto è stata inedita la partecipazione degli assistenti sociali al suo interno? E infine: qual è l'eccezionalità di uno studio come quello che presentiamo, sia in termini di valutazione della perdita di credibilità che il sistema di mercato ha subito moralmente di fronte alla pandemia (come il gioco indecente con i brevetti dei vaccini, l'avidità nella ricerca e il nascondimento dei progressi scientifici delle aziende concorrenti), sia in termini di guadagno di consapevolezza sociale che gli assistenti sociali, nel loro chiaro ruolo di demiurghi e strutturatori di civiltà, devono essere riconosciuti dall'umanità insieme al mondo accademico in generale?

Questo libro, che solo ora, nel 2024, arriva nelle mani degli studiosi, arriva anche intriso dello sforzo che abbiamo fatto nel bel mezzo del processo pandemico e del suo svolgimento: abbiamo dovuto formarci oltre la formazione iniziale che avevamo quando abbiamo intrapreso le attività del progetto; abbiamo dovuto renderci, improvvisamente, multifunzionali: linguisti, informatici, economisti, comunicatori, *people manager*, ecc. tutto questo perché abbiamo preso coscienza, appunto, di quell'inusualità; di quella condizione epocale di fronte alla quale ancora ci troviamo.

Ecco perché invitiamo il/la lettore/trice a considerare questo studio come un'opportunità per acquisire una nuova e profonda consapevolezza: siamo ormai in una nuova era dell'umanità, in cui il servizio sociale deve essere riconosciuto con uno status molto più elevato rispetto al passato.

¹ FERRAROTTI, Franco. La sociologia come analisi critica della società. In: CIPRIANI, Roberto (a cura di). Nuovo manuale di sociologia. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore, 2018, p.24.

INTRODUZIONE

La Ricerca nel Contesto della Pandemia di Covid-19

In generale, si può dire che la pandemia di Covid-19 ha colpito i paesi del mondo mentre erano impegnati in un processo forzato di implementazione di politiche ultra-neoliberiste, promosse dai gestori dei mercati finanziari. Questo stava causando una crisi negli stati sociali ormai consolidati e un completo smantellamento delle politiche sociali.

Inoltre, le reazioni a quella pandemia sono state caratterizzate dalla presenza di un marcato negazionismo da parte di governi allora guidati da partiti di estrema destra. Ciò ha reso difficile alle popolazioni prendere coscienza, sollevando dubbi sull'esistenza stessa della pandemia e diffondendo il panico di fronte all'improvvisa esplosione di morti in massa. Tutto ciò ha generato un'iniziale assenza di misure efficaci e ha ritardato l'attivazione delle misure profilattiche necessarie per far fronte a questo male nei diversi paesi, in misura diversa. Nell'immediato si è stabilita una crisi quadruplicata è stata crisi sanitaria, economica, sociale e umanitaria nel mondo. Tale crisi non avrebbe potuto non produrre un impatto diretto sulla pratica e sulla teoria dei professionisti dei servizi sanitari e sociali.

Di fronte a questa realtà, la IASSW-AIETS (*International Association of School of Social Work*) rivolse la sua attenzione direttamente a quel tema. Tra le misure che ha preso, per un miglior capire e una migliore gestione in quello e in analoghi frangenti, ha emesso il bando "Social Work Education Under Covid-19: A call for international projects"². Come membro di IASSW, la professoressa brasiliana, Alexandra Mustafá, che presto si rese conto dell'importanza e della gravità del problema che è stato diffuso nel mondo, ha subito messo a punto e proposto un progetto di ricerca con l'obiettivo di indagare su come gli assistenti sociali del mondo sono venuti a conoscenza dell'emergenza pandemica e qual è stato il conseguente effetto di quella presa di coscienza nell'azione professionale da parte loro.

Pertanto, la sua intenzione era quella di identificare le conseguenze della presa di coscienza tardiva, precedentemente identificata come era accaduta, senza dubbio, nella maggior parte dei casi, nel far fronte alla pandemia e mappare le pratiche e le teorie successivamente sviluppate dagli assistenti sociali, dalla consapevolezza totale dell'allarme, sottolineando le particolarità delle somiglianze e delle divergenze che hanno caratterizzato il loro *modus operandi*, quando la necessità di distanziamento sociale ha favorito l'adozione di pratiche basate sul lavoro a distanza e sull'uso delle tecnologie dell'informazione digitale. Pertanto, è stato interessante per lei sapere quali cambiamenti di grande rilevanza si sono verificati nella teoria e nella pratica del servizio sociale in modo che potessero essere incorporati nella formazione professionale nel contesto di problemi e disastri naturali o provocati, cioè in una situazione di emergenza sociale.

Così, la professoressa Alexandra Mustafá si è messa a contattare un gruppo selezionato di ricercatori in Servizio Sociale in modo da formare il team per mettere in atto la ricerca internazionale *Teoria e pratica del servizio sociale nel mondo in tempi di pandemia*, che è stata

² Disponibile sul link: <https://www.iassw-aiets.org/wp-content/uploads/2020/07/Social-Work-Education-Under-Covid-19-A-call-for-international-projects-Revised-call.pdf>

presentata all'Associazione Internazionale delle Scuole di Servizio Sociale (IASSW-AIETS), ricevendo pronta approvazione.

La ricerca si è sviluppata in cinque paesi, tre del continente europeo: Italia, Svezia e Spagna; e due del continente latino-americano: Brasile e Argentina. Un team stabile di 17 ricercatori è stato istituito con il coordinamento dell'Università Federale di Pernambuco del Brasile (Universidade Federal de Pernambuco). Alla fine, con grande adesione, il gruppo di ricerca è stato formato da: **Argentina:** Diana Crisistelli (DGCyE); **Brasile:** Alexandra Mustafá (Università Federale di Pernambuco), Salyanna de Souza Silva (Università Federale Espírito Santo), Ramiro Marcos Dulcich Piccolo (Università Federale Fluminense), Márcia Iara Costa da Silva Rego (Università Federale di Alagoas), Gisele Caroline Ribeiro Anselmo (Università Federale da Paraíba), Elizabeth da Silva Alcoforado (Università di Pernambuco); **Italia:** Lluis Francesc Peris Cancio (Università La Sapienza di Roma), Maddalena Floriana Grassi (Università di Bari Aldo Moro), Maria Lorenzoni Stefani (Assistente Sociale consigliere ISTISSE, Italia), Elena Spinelli (Assistente Sociale consigliere ISTISSE); **Spagna:** Josefa Fernández Barrera (Università di Barcelona) ed Belén Parra Ramajo (Universitat de Barcelona), Miguel-Ángel Mateo-Pérez (Università di Alicante) e María-Asunción Martínez-Román (Università di Alicante), Arantxa Rodríguez Berrio (Università di Deusto), ed Emma Sobremonte Mendicuti (Università di Deusto); **Svezia:** Jessica Jönsson (Università di Örebro) e Maria Bennich (Università di Örebro).

Subito dopo, si è iniziato a ottimizzare una metodologia scientifica e-senza precedenti per far funzionare con la miglior qualità possibile la ricerca appena approvata, giacché a diversi aspetti di essa, come la varietà linguistica dei ricercatori coinvolti (italiano, inglese, spagnolo e portoghese); la diversità culturale e la loro formazione si è aggiunta la necessità di aggiornamento tecnologico (dato che la pandemia ha portato nel mondo una grandissima trasformazione di protocolli, programmi e applicazioni da utilizzare da allora in avanti) e ci ha sfidato molto, ma è servito anche a spingerci nella costruzione di una serie di nuove procedure funzionali.

Vale notare che questa ricerca, oltre ad essere sul tema della pandemia di Covid-19, si è sviluppata mentre la stessa pandemia era in atto, di modo che i ricercatori erano anche loro immersi negli ambienti tragici che quella situazione produceva, esigendo da ognuno grande capacità di gestire la sua azione di ricerca, a discapito della situazione. Quindi, è da rilevare che ciò che ha parlato più forte è stata la professionalità e la formazione nel servizio sociale, che si è dimostrata forte ed efficiente, oltre che resiliente.

Per strutturare le procedure di ricerca, abbiamo iniziato a: incontrarci online e tramite e-mail e abbiamo costruito al meglio sistemi di scambio di informazioni, documentazioni e di studio collettivo. Tutto questo, non senza grandi sfide, ha portato alla raccolta di lavori che, fondamentalmente, si sono materializzati nelle interviste con gli assistenti sociali che hanno affrontato, in prima persona, la pandemia, nei loro ambienti di lavoro.

La ricerca

L'obiettivo del progetto di ricerca internazionale "*Teoria e pratica del servizio sociale nel mondo in tempi di pandemia*" era conoscere le pratiche di riadattamento dei servizi sociali in tempi di pandemia, identificando particolarità, somiglianze e divergenze tra il *modus operandi* degli assistenti sociali in Argentina, Brasile, Italia, Spagna e Svezia. Prendendo spunto da Freire (1970), abbiamo indagato come la presa di coscienza dell'emergenza e la conseguente previsione di azioni professionali volte ad affrontarla avvenisse a livello del sistema organizzativo osservato nel paese

di riferimento. Ogni team di ricerca, nazionalmente caratterizzato, ha condotto interviste approfondite nel paese in cui opera e le ha analizzate, facendo riferimento a dimensioni standard di analisi: etico-politica, teorico-metodologica e tecnico-operativa³.

Questa mappatura ha permesso di identificare quali cambiamenti sono già avvenuti e sono attesi e desiderati per quanto riguarda i metodi di lavoro degli assistenti sociali nei diversi contesti lavorativi e l'insegnamento del servizio sociale. La ricerca è stata condotta tra dicembre 2020 e dicembre 2022.

Nei primi cinque mesi della ricerca si sono tenute tre riunioni generali per stabilire la metodologia e diverse riunioni per approfondire i contesti nazionali. La metodologia è stata la stessa in ogni paese: analisi dell'impatto della pandemia, studio delle misure pubbliche, analisi attraverso interviste qualitative con assistenti sociali selezionati per il loro ruolo e per il campo di intervento, cercando di considerare un numero plurale di professionisti. I contenuti delle interviste sono stati definiti con un unico modello per tutti i paesi. Dopo la fase di indagine, si sono tenute altre due riunioni generali per l'analisi dei dati.

Tra gennaio e ottobre 2021 sono state effettuate 103 interviste con assistenti sociali che, durante il periodo pandemico dell'anno 2020 (febbraio – dicembre), hanno avuto un ruolo professionale attivo in diversi campi di intervento. Il numero di interviste è stato parametrizzato in base al numero di università coinvolte: 6 interviste sono state effettuate in Argentina, 55 in Brasile, 15 in Italia, 18 in Spagna e 9 in Svezia.

Il quadro concettuale della ricerca si basa sul concetto di presa di coscienza di Paulo Freire (1970). Il gruppo di ricerca ha messo in discussione il significato dell'oggetto di ricerca in ciascun paese. I contesti organizzativi che caratterizzano il servizio sociale, e all'interno dei quali si possono osservare i concetti di coscienza e presa di coscienza, rendono invece evidente il processo che gli assistenti sociali sono chiamati ad attraversare professionalmente, passando da una dimensione morale-individuale a una dimensione etico-collettiva della coscienza. Gli assistenti sociali sono stati chiamati non solo a prendere coscienza di sé come professionisti, ma anche di sé stessi nel contesto organizzativo e sociale in cui operano con gli altri professionisti e con i beneficiari degli interventi e dei sistemi di azione che attuano.

Il processo, quindi, di coscientizzazione applicato all'intervento sociale e, nello specifico, al lavoro dell'assistente sociale in un contesto di emergenza sanitaria porta all'attenzione della nostra analisi la necessità di compiere almeno due passaggi: da uno stato di inconsapevolezza a quello della coscienza individuale e collettiva del sé come individuo e del sé come contesto organizzativo e sociale; da una struttura di azioni automatiche, a una che prevede azioni strutturate dirette al cambiamento sociale, legate alla presa di coscienza di ciò che si è e di ciò che è necessario diventare per rispondere ai bisogni del contesto, dell'organizzazione, dell'individuo. Il servizio sociale, in questo senso, risponde a sé stesso come professione, all'organizzazione come strumento di lavoro, al contesto come servizio alla popolazione e finalizzato a realizzare e consolidare il suo benessere.

³ Queste dimensioni etico-politiche, teorico-metodologiche e tecnico-operative provengono dal lavoro di Yolanda Guerra: *Instrumentalidade do Serviço Social*, São Paulo: Cortez, 2018 e sono poi riconosciute in Brasile come dimensioni ufficiali della pratica professionale. In questa ricerca sono state adattate alle esigenze specifiche.

Il quadro metodologico utilizzato è qualitativo e si ispira a un approccio costruttivista semi-fondato. Pur basandosi su categorie di riferimento teoriche e analitiche, lascia spazio a temi a partire dalle narrazioni degli intervistati.

La tecnica primaria scelta per la raccolta delle informazioni è stata l'intervista narrativa, mentre la selezione degli assistenti sociali intervistati, è stata rivolta ad individuare un gruppo di soggetti il più possibile eterogeneo per numero di anni di esperienza e tipologia di ruolo e funzione organizzativa, ma soprattutto per quanto riguarda l'area di intervento.

Il tipo di analisi svolta è stata quella tematica, volta ad individuare le tematiche legate al concetto di coscienza che deriva direttamente dalle esperienze sul campo degli assistenti sociali. Inoltre, il metodo di analisi è stato in-case e cross-case per avere la possibilità di incrociare i temi relativi alle singole esperienze con quelli relativi all'insieme delle esperienze raccolte.

Le interviste

Le interviste sono state formulate a partire da sei domande, in modo che le prime tre potessero contemplare gli aspetti legati alla presa di coscienza del fenomeno pandemico e del suo impatto sull'impegno delle attività professionali nei diversi spazi socio-occupazionali in cui hanno agito gli assistenti sociali. Le ultime tre domande si riferivano più specificamente a far emergere aspetti relativi alle prestazioni degli assistenti sociali, cercando di evidenziare le novità e le capacità emerse nell'azione professionale, concentrandosi sulle dimensioni etico-politica, teorico-metodologica e tecnico-operativa della pratica professionale. Approfondiremo pertanto le premesse che hanno portato alla formulazione delle domande relative alle seguenti aree:

A – Presa di coscienza e

B - Teoria e pratica professionale

In una retrospettiva epistemologica, possiamo chiarire le linee guida e i fondamenti che hanno guidato questa formulazione:

A – Presa di Coscienza

Le domande introduttive miravano a sollevare, nel professionista intervistato, un movimento mnemonico, cioè di memoria, per far sì che gli assistenti sociali si mettessero nella posizione mentale di chi si appresta ad analizzare qualcosa di serio, di grande valore teorico, pratico e umanitario, che ha vissuto in prima persona e che ha bisogno di essere percepito per poter valutare il processo che si è scatenato nella sua coscienza. Così, le persone intervistate sono state portate nel campo intellettuale dell'auto-osservazione cognoscitiva per percepire, attraverso una semplice anamnesi, il primo momento in cui sono venuti a conoscenza dell'esistenza di un virus che si stava diffondendo, forse in un paese lontano. Va precisato che le interviste sono state condotte in un momento in cui l'impatto iniziale delle notizie sulla pandemia era già stato superato, ma si viveva ancora in un contesto di paura del contagio, poiché il processo di scoperta dei vaccini era lento e graduale. In questo contesto, gli assistenti sociali avrebbero potuto parlare di un momento passato in cui la loro testimonianza, la loro presa di coscienza era già una consapevolezza del grande disastro causato dal coronavirus. "Riavvolgendo" i loro ricordi, hanno immediatamente percepito l'intervallo tra lo stato iniziale della loro coscienza (cioè pochi istanti prima di diventare consapevoli del virus) e lo stato attuale di esso, e riconoscendo come si è svolto il loro processo di presa di coscienza.

Inoltre, gli intervistati sono stati invitati a costruire la narrazione del movimento della loro coscienza nel tempo, andando a lavorare con due domande dinamiche: 1. Qual è stato il susseguirsi dei fatti legati alla diffusione della pandemia?; 2. Qual è stata l'evoluzione della tua percezione verso la consapevolezza che il male avrebbe potuto raggiungerci sia personalmente che professionalmente?

Quella narrazione coscienziale è, in effetti, la descrizione di un lasso di tempo precisamente determinato composto di due momenti: un momento iniziale in cui l'intervistata struttura in lasso di temporale la sua risposta alla domanda numero uno (1); e un momento finale, che è quello in cui si è immediatamente resa conto di non aver subito percepito la gravità del problema.

Le domande chiedevano alla persona intervistata di valutare perché la sua consapevolezza della gravità dell'evento si era svolta in quel modo e aveva richiesto tanto tempo. Questo momento valutativo dell'intervista voleva dare spazio alla persona intervistata di ~~per~~ contribuire teoricamente alla stessa ricerca, con quante parole riteneva necessarie, e analizzando il processo di presa di coscienza, in modo che gli intervistatori diventassero ~~anche~~ consapevoli di aspetti che erano propri solo della persona intervistata, nella situazione in cui era, all'interno del processo e delle condizioni che viveva e con le informazioni che possedeva.

In altre parole, questa parte dell'intervista è servita a far sentire alla persona intervistata che anche lei stava partecipando al processo di ricerca scientifica, essendo disposta a condividere con l'intervistatore, come si è realizzata la sua presa di coscienza e spiegare il significato che questo processo ha avuto nella sua percezione interiore

Infine, questa prima fase di domande ha inaugurato un nuovo capitolo nella narrazione della persona intervistata, che ha iniziato a focalizzare una nuova presa di coscienza relativa al fatto che oltre ad affrontare un evento complesso e con un alto potere di distruzione, ~~e~~ la situazione richiedeva a lei, come assistente sociale, qualcosa che andava al di là di una semplice misura di autoprotezione.

Il processo, provocato da queste domande, ha portato gli assistenti sociali intervistati a teorizzare la propria azione, riflettendo sulla loro comprensione e valutando la qualità delle conclusioni da essa tratte. Durante questo processo, gli intervistati hanno fornito preziose informazioni ai ricercatori per elaborare proposte su come percepire meglio la propria posizione in situazioni problematiche e tragiche, come pianificare in tali contesti, e come comprendere le possibilità disponibili nonostante i complessi ostacoli che si presentavano in catena.

Si è trattato, quindi, di un momento cruciale dell'intervista, durante il quale sono state acquisite molte conoscenze. È emerso che ciò che la persona intervistata non era in grado di percepire nel vivo della situazione drammatica, è stato invece compreso dai ricercatori durante l'analisi di laboratorio successiva. Questo processo ha richiesto profonde riflessioni e ha chiaramente evidenziato il dover essere e dover agire in modo più appropriato. Le domande poste hanno fornito ai ricercatori soluzioni valide, sviluppate nel fervore del dramma, permettendo così alla creatività umana di esprimersi anche nei momenti di emergenza.

Seminario sulla Presa di Coscienza

Per un approfondimento teorico della categoria Presa di Coscienza, si è tenuto un seminario generale online e diversi incontri più ristretti, con tutti i team di ricercatori dei paesi coinvolti nella ricerca. Ogni team ha presentato una sistematizzazione della propria ricerca teorica sull'argomento, basata sia su studi di autori dei propri paesi e della specifica cultura accademica e

sia di autori universalmente noti per la loro riflessione sulla consapevolezza, come Paulo Freire, Piaget e Vygotsky.

In questo processo i ricercatori, hanno integrato le proprie riflessioni e teorizzazioni sulla Presa di Coscienza., dialogando con gli autori selezionati e basandosi sulla loro accumulazione teorica ed esperienziale: In questo modo hanno sviluppato concetti e prodotto conoscenze sull'argomento che hanno fornito la base per l'analisi delle interviste e la creazione del testo finale, ora rappresentato nei capitoli di questo libro.

Ricerca e sistematizzazione dei dati raccolti nelle interviste

Le conclusioni a cui siamo giunti in questo Seminario Generale e dalla realizzazione e analisi delle interviste indicano che la consapevolezza è un processo che avviene in una dialettica tra contatto con la realtà ed elaborazione mentale, per quanto riguarda la comprensione del fenomeno e una posizione di fronte al fenomeno stesso, che può portare ad un'azione necessaria per il suo confronto e superamento. Questo processo può essere graduale e lento o più veloce, a seconda di come si presenta la realtà. Nel caso della pandemia di Covid-19, gli assistenti sociali si sono trovati ad affrontare una situazione di panico diffuso da parte della popolazione, data la letalità della malattia e la sua ampiezza, nonché la sua ineditità. E, inizialmente, sono stati anche coinvolti da questo panico quando è stato loro chiesto di agire in quegli ambiti dove il rischio di contagio era più alto, come ospedali, case di accoglienza, istituti di cura in genere, dove il contatto con le persone rappresentava il rischio di contrarre la malattia. Quando è stato loro richiesto, hanno dovuto rendersi conto che: 1. Dovevano assumersi il dovere di agire come assistenti sociali in quel momento nonostante i rischi e 2. Dovevano elaborare metodi d'azione ~~adattivi~~ efficienti e il più sicuri possibile in tali istituzioni. Questo processo di presa di coscienza li ha guidati gradualmente oltre l'iniziale panico, affrontando e contribuendo a gestire la diffusa paura nella popolazione. Hanno sviluppato un atteggiamento razionale che promuove la calma e la ricerca di soluzioni per affrontare globalmente questa catastrofe. Pertanto, il servizio sociale è stato riconosciuto sempre più come una professione di interesse e necessità di azione in situazioni di emergenza.

I dati presentati dalla situazione richiedevano un'azione immediata, ma riflessiva e competente da parte di professionisti in grado di superare il panico iniziale. Essi si sono orientati verso la ricerca approfondita di informazioni per comprendere meglio il fenomeno e esplorare alternative, promuovendo una consapevolezza sempre più rapida ed efficace. Questo approccio non solo teorico ma anche pratico, integrando conoscenze acquisite nella formazione e nell'esperienza professionale, è stato guidato dai principi etici fondamentali dei codici professionali e dei progetti etico-politici della professione, promuovendo un atteggiamento proattivo e innovativo nell'affrontare la crisi pandemica.

B - Teoria e pratica professionale

Nelle domande relative alla teoria e alla pratica professionale, alla persona intervistata viene chiesto di dettagliare il proprio impegno e le proprie prestazioni. La qualità delle azioni e delle competenze che ogni assistente sociale assumeva dipendevano dal tipo di impegno, dall'ambiente o dallo spazio socio-occupazionale in cui lavorava, dal tipo di pubblico a cui si rivolgeva, dalla natura dei team interdisciplinari a cui partecipava e dal suo bagaglio teorico e pratico. La natura senza precedenti del fenomeno pandemico ha portato all'innovazione teorica e pratica, facendo sì che gli assistenti sociali contribuissero in modo significativo ad agire in prima linea nella lotta contro la pandemia.

Le dichiarazioni raccolte sono state analizzate **da un punto di vista quantitativo e qualitativo e agli intervistati è stato chiesto di fare l'inventario tassonomico** delle azioni che hanno intrapreso; per capire le azioni che erano valide, quelle che erano **non utili** e persino, quelle **che erano dannose**, mentre si pensava fossero benefiche.

Attraverso le domande, sono stati in grado di teorizzare al fine di ottenere una visione completa delle attività coinvolte. Allo stesso tempo, hanno focalizzato l'attenzione su ogni serie di azioni significative, valutando consapevolmente le decisioni prese e facendo una sintesi del processo. Questa riflessione ha permesso loro di evidenziare i punti positivi e negativi del percorso.

Le domande si sono concentrate anche sulle lezioni apprese dall'esperienza e applicabili alla pratica, così come sulle proposte per la formazione al servizio sociale per sviluppare competenze che producano risposte efficienti e veloci nella lotta contro le calamità pubbliche in generale e sulle pandemie, in particolare.

Quindi, si può osservare fino a che punto la presa di coscienza della persona intervistata ha influenzato la sua capacità di formulare un'opinione conclusiva. Questo processo ha comportato una riflessione teorica, filosoficamente parlando, che ha portato sia la persona intervistata che l'intervistatore in uno stato di osservazione e comprensione della realtà presa in considerazione.

In quel momento, **l'insieme cognitivo** della persona intervistata tendeva ad essere messo a disposizione dell'analisi nella sua interezza; i fattori coinvolti erano presentati in **blocchi "satellite"** che interagivano con il **nucleo del processo** sperimentato.

Intorno a questo nucleo sono emersi i fattori politici, sociali, economici, tecnici, medici, strutturali, tra gli altri, oltre al grande carico di emozioni coinvolte in tutti i momenti del dolore umano.

I ricercatori in quel momento si sono trovati a essere sollecitati nella loro coscienza percettiva mentre ascoltavano l'opinione della persona intervistata. Durante questo processo, tendevano a identificare gli aspetti di maggiore importanza, una percezione fondamentale da cogliere e successivamente teorizzare.

È qui che è stato raccolto un grande materiale che in seguito ha dato la nascita ai capitoli di questo libro con proposte per la creazione di un nuovo approccio disciplinare nel servizio sociale, in grado di dar supporto a professionisti, e alla professione nel suo insieme, con una capacità di agire meglio in tempi di calamità e pandemie.

Alla fine di ogni intervista, ai professionisti è stato chiesto di valutare la loro crescita come essere umano e assistente sociale all'interno di tale processo.

Nel corso dell'intervista, attraverso questa domanda, la persona ha riflettuto sul lavoro di memoria e coscienza, percependo che aveva raggiunto una visione etica, umanitaria, tecnico-professionale e teorica che condivideva con il ricercatore attraverso informazioni cruciali per il miglioramento di ciò che aveva direttamente affrontato, non senza significativi ostacoli e perdite.

Nel momento finale dell'intervista, ha espresso liberamente ciò che considerava essenziale comunicare, arricchendo il discorso con riflessioni filosofiche e sapienziali. Questo ha consentito di elaborare un testo che potrà avere un'importanza fondamentale nel fornire giustificazioni esistenziali per coloro che si dedicano a simili attività.

Infine, le parole dell'intervistato hanno espresso un processo di presa di coscienza di come il soggetto si è trovato coinvolto, navigando tra azione, ragionamento, decisioni e innovazione.

Metodologia di analisi per le interviste della ricerca teoria e pratica del servizio sociale nel mondo in tempi di pandemia

Sono state formate coppie di ricercatori incaricate di condurre interviste incentrate sulla presa di coscienza e sulle sue implicazioni per gli assistenti sociali, includendo percezioni critiche e proposte. Ogni team ha adattato il proprio modus operandi in linea con le indicazioni generali, facilitando così l'analisi delle interviste e la redazione del testo finale, secondo la metodologia proposta

La categoria principale nell'analisi delle domande è stata la presa di coscienza, utilizzata come guida per esaminare le concezioni individuali degli assistenti sociali riguardo alla coscienza e per trarre conclusioni dal seminario sulla stessa tematica.

Come suggerimento di analisi, presentiamo le dimensioni della pratica professionale che sono servite da filo conduttore per individuare gli elementi più importanti:

Dimensione etico-politica

Questa dimensione si riferisce all'atteggiamento degli assistenti sociali nei confronti del fenomeno della pandemia e al posizionamento dei governi che possiamo estrarre dalle risposte degli intervistati. In particolare, si riferisce a: adozione della nozione di bene e male, virtù o vizi socialmente accettabili; come comprendere la pericolosità e la nocività della pandemia; valutazione della situazione pandemica e alle misure che sono state adottate in relazione alla stessa.

Ciò che è essenziale analizzare è la posizione adottata per affrontare la lotta contro la pandemia e comprendere il fenomeno sia dal punto di vista scientifico, sia attraverso il processo di riflessione sul proprio pensiero e sulle proprie azioni, aspetti che emergono costantemente durante le interviste.

Si esamina, inoltre, l'impegno etico verso le vittime della pandemia al fine di identificare i bisogni emergenti e valutare l'impegno e il coraggio necessari per soddisfarli, garantendo così il diritto alla vita e ai diritti sociali minacciati dalla situazione pandemica. Questo implica un'analisi dei valori che hanno guidato l'azione degli assistenti sociali, come il coraggio nel superare la paura, la ferma difesa dei diritti umani, l'iniziativa e l'azione collettiva attraverso un approccio multidisciplinare e attento alle esigenze delle popolazioni e delle comunità. Questo contribuisce sia alla prevenzione del contagio che all'intervento curativo per i casi di infezione già accertata.

Era anche importante considerare il comportamento delle autorità governative: quando c'era negligenza o negazione, secondo l'opinione degli assistenti sociali, o se c'era un impegno attivo nella lotta alla pandemia.

L'analisi del processo politico a livello locale, nazionale e internazionale ha permesso di valutare se i comportamenti e le decisioni prese hanno efficacemente guidato la popolazione nella prevenzione, cura e gestione del virus. È stato determinato se tali azioni hanno contribuito efficacemente alla riduzione del numero di morti, al supporto del sistema sanitario pubblico, al sostegno degli operatori sanitari, alla promozione delle cure e all'educazione pubblica. Le risposte degli intervistati hanno identificato l'atteggiamento di responsabilità o irresponsabilità dei governanti nelle loro decisioni e azioni durante la pandemia

Dimensione teorico-metodologica

Questa dimensione si riferisce al livello di scientificità che ha guidato e risvegliato nell'assistente sociale la capacità di utilizzare l'intero quadro teorico della professione, acquisito durante la sua formazione, per sostenere le sue azioni. Si riferisce anche alla capacità di dare risposte immediate a situazioni inedite, utilizzando il dispositivo teorico-metodologico della formazione professionale e i comportamenti suggeriti dalla scienza per far fronte al virus.

Dalle dichiarazioni degli intervistati, è possibile anche analizzare come gli assistenti sociali hanno affrontato credenze e fantasie, bugie sfocate e notizie false che hanno invaso le menti degli utenti, come la diffusione della sfiducia fanatica nelle misure proposte dall'OMS e dalle agenzie sanitarie che hanno iniziato a guidare i comportamenti e gli atteggiamenti di alcuni utenti.

Il gruppo di ricerca è stato anche in grado di analizzare le risorse di supporto teorico e metodologico disponibili in ogni città o paese, inclusi corsi, formazione già esistenti o create per riflettere scientificamente sulle prestazioni dei professionisti dei servizi sociali nel far fronte a disastri pubblici, endemici o sociali.

Lo studio delle risposte ha permesso di analizzare il loro contributo alla formazione e alla pratica professionale nel monitoraggio delle situazioni di rischio, soprattutto per quanto riguarda i diversi segmenti di popolazione e lo spazio sociooccupazionale indagati.

Dimensione tecnico-operativa

Questa dimensione è direttamente correlata alla pratica professionale dal punto di vista tecnico-operativo e alla capacità degli assistenti sociali di creare alternative nuove e competenti, in grado di rispondere immediatamente alle situazioni più inedite che si sono presentate nell'evoluzione e nel declino della pandemia.

Il metodo doppiamente completo di analisi delle interviste

Dal punto di vista metodologico sono state effettuate un'Analisi Verticale e un'Analisi Orizzontale che hanno soddisfatto i seguenti principi:

L'Analisi Verticale consisteva nell'analizzare accuratamente tutte le domande a cui ogni assistente sociale rispondeva, al fine di identificare il profilo di ciascun professionista e il loro processo di presa di coscienza. Identificando il professionista individualmente, tenendo conto dell'insieme delle sue risposte, siamo stati in grado di avere una panoramica della sua catena di risposte e del processo che va dalla semplice notizia sull'esistenza del virus che si diffondeva in tutto il mondo, alla presa di coscienza e al processo di azioni conseguenti, così come si è potuto anche percepire il contributo che ognuno di loro poteva offrire alla formazione nel servizio sociale e infine ciò che era, nella loro interpretazione, la loro crescita personale. Questa analisi ha anche permesso l'identificazione degli aspetti più importanti che sono stati sollevati nelle risposte di ciascun assistente sociale sulla categoria Presa di Coscienza nelle dimensioni della pratica professionale, sopra elencate, permettendoci di analizzare la capacità di autonomia teorica degli assistenti sociali, in aggiunta e in modo complementare a ciò che la letteratura specializzata ha già pubblicato.

L'analisi Orizzontale ha cercato di considerare separatamente ogni domanda a cui hanno risposto tutti gli assistenti sociali intervistati al fine di essere in grado di focalizzare tematicamente e confrontare le risposte di tutti coloro, prendendo come riferimento il concetto di Presa di Coscienza e azione pratica, secondo la proposta di contenuto presentata sopra. Questo panorama

ci ha permesso di avere una visione completa di come si è sviluppato il processo di Presa di Coscienza della categoria professionale, nel suo complesso, e quali misure tutte hanno adottato, dall'individuazione di: punti comuni nelle risposte, punti divergenti, e le novità emerse.

Infine, l'analisi dei dati è stata proposta per:

- Mettere in relazione questi dati nella nostra comprensione della "Presa di Coscienza" e nel contenuto delle "dimensioni della professione", come presentato sopra e trarre conclusioni analitiche su ciascun aspetto, senza tralasciare alcun elemento presentato nell'intervista.

- Stabilire relazioni tra i dati individuali e i dati della congiuntura politica e la struttura sociale di ciascun paese coinvolto, al fine di avere una visione della totalità e delle implicazioni della congiuntura e della struttura sociale nella coscienza degli intervistati.

- Evidenziare gli aspetti che emergevano come espressione di consapevolezza e prestazioni professionali che non dipendono e che superano congiunture e determinazioni strutturali.

Nella fase finale dell'analisi, è stato richiesto ai team di ciascun paese di costruire un testo sulle conclusioni dell'analisi delle interviste.

Questi testi costituirono la presentazione di un seminario tenuto con i gruppi di ciascun paese, secondo il calendario proposto, in modalità online. Il tutto è stato catalogato e contiene esempi e citazioni raccolte nelle dichiarazioni degli intervistati. Da esso è possibile accedere alla bibliografia utilizzata da ciascun ricercatore.

Il risultato ha generato un dibattito sui testi o capitoli presentati e da lì sono state tratte le conclusioni collettive sulle presentazioni e le concezioni di ciascun ricercatore di ciascun paese, il cui formato finale è presentato in questo libro.

I Risultati

Le interviste condotte in questo studio confermano chiaramente che il periodo pandemico ha rappresentato una fase estremamente interessante per analizzare il comportamento degli assistenti sociali. Si riuscirà a capir meglio con la lettura di questo libro poiché si comprende che gli assistenti sociali hanno vissuto un eccezionale sconvolgimento della *routine* quotidiana e questo sconvolgimento ha prodotto diverse trasformazioni che meritano di essere considerate tanto riguardo la formazione, quanto in relazione alla pratica del servizio sociale.

Le conclusioni generali della ricerca ci ispirano a dire che, in sintesi, la professione di assistente sociale è stata fondamentale e indispensabile in prima linea nella lotta contro la pandemia e che tutte le conoscenze accumulate in questo confronto rappresentano una crescita intellettuale e pratica insostituibile che dovrebbe servire come elemento essenziale nella formazione e nella pratica professionale in tutti gli spazi, come università, college, scuole, entità che rappresentano la categoria e altri.

Il processo di Presa di Coscienza, proveniente dalla ricerca, ha suscitato la percezione che la professione ha svolto un ruolo essenziale con la popolazione e che ha bisogno di venir meglio riconosciuta e di avere più visibilità per le sue prestazioni, oltre a ricevere la valorizzazione corrispondente a tale capacità esercitata durante questa crisi sanitaria, sociale, economica e umanitaria.

Le interviste hanno costretto gli intervistati a rivivere i primi momenti e la successiva evoluzione della pandemia. Il passaggio da uno stato di inconsapevolezza ad uno di coscienza

rispetto alla situazione pandemica sembra essere stato caratterizzato dall'immediatezza, da un lato, in quanto prevalentemente contraddistinto da emozioni di paura appartenenti alla sfera personale-individuale; dall'altro, tale transizione è stata progressiva in quanto è stata accompagnata dai vari movimenti di riorganizzazione dei servizi sociali che hanno avuto luogo, in vari momenti, in parallelo con il processo di acquisizione della consapevolezza sulla crisi in via di sviluppo.

Gli elementi che caratterizzano l'immediatezza della Presa di Coscienza si riferiscono a: eventi legati innanzitutto alla vita privata dei professionisti e, in secondo luogo, alla riorganizzazione del contesto lavorativo e, in alcuni casi, alle mansioni specifiche dell'attività professionale. Ciò ha comportato anche crescenti richieste di aiuto da parte dei destinatari dei servizi, alcune delle quali inaspettate e insolite, nonché la dirompenza delle normative governative e il grado in cui gli interventi degli assistenti sociali dipendevano da queste regole, non solo a livello nazionale ma anche locale.

Tra i fattori che connotavano invece la progressività dell'acquisizione di consapevolezza, c'era il fatto che i movimenti di riorganizzazione della vita personale e professionale dipendevano dai cambiamenti talvolta repentini dovuti a decisioni governative che alteravano radicalmente la vivibilità del territorio e l'accessibilità dei servizi. Inoltre, questa progressività è stata modellata dal modo in cui gli sforzi per ristrutturare l'organizzazione interna di ciascuna agenzia dipendevano da richieste sempre crescenti di aiuto da parte di coloro che erano già beneficiari dei servizi e anche da parte del pubblico in generale.

Nei racconti degli assistenti sociali intervistati, il processo di presa di coscienza sembra quindi aver comportato un passaggio da uno stato di incoscienza a uno di coscienza personale e professionale caratterizzato da elementi di immediatezza, dovuti alle misure nazionali di contenimento dell'emergenza, e di progressività, perché il processo di acquisizione della consapevolezza è stato calibrato sul livello di organizzazione e razionalità nazionale specifica per ogni agenzia in cui l'assistente sociale era impiegato al momento della pandemia.

Un elemento variabile e critico è stata la necessità di dare un senso personale e organizzativo all'emergenza: tutti questi professionisti hanno sentito la necessità di tale elaborazione, ma in quasi nessuno dei contesti questa esigenza è stata adeguatamente soddisfatta.

Un altro aspetto da considerare è che si è colmata la consapevolezza e che l'atteggiamento dei professionisti si è trasformato con la presa di coscienza del ruolo della professione davanti a situazioni di calamità e di pandemia. Il superamento iniziale dovuto al panico emerso davanti a quella situazione inconsueta di paura e immobilità, ha infatti sfidato gli assistenti sociali ad assumere, a discapito degli elementi emozionali presenti, una posizione razionale davanti quel fenomeno. Cosa che li ha portati ad affrontare con la calma necessaria il complesso problema e a prendere decisioni, creando alternative fino ad allora non sperimentate in pratica.

La tranquillità necessaria per sviluppare un atteggiamento fiducioso, collettivo e solidale è arrivata, esattamente, con la presa di coscienza sul fatto che la scientificità è comunque il migliore consigliere per affrontare situazioni difficili inedite per l'umanità. Da ciò sono emerse reti di scambio di esperienze, possibilità di pianificazione collettiva, fiducia nel bagaglio acquisito durante la formazione avuta, la creazione di gruppi di studi e l'uso delle tecnologie a distanza disponibile per controllare la possibilità di contagio e strutturare una *network* che funzionasse come scudo protettore per l'aspetto emozionale e supporto teorico-metodologico alle loro azioni.

In questo periodo emersero molti programmi video online sotto la forma delle cosiddette *live* con il fine di dare appoggio all'attività dei professionisti e di socializzare indicazioni di pratiche e studi oltretutto di esperienze.

Addirittura, la nostra ricerca può essere considerata un esempio di tale fenomeno auto prodotto, nella misura in cui ha creato uno spazio rilevante di riflessione sull'accaduto, permettendo che gli assistenti sociali valutassero i propri sentimenti e arrivassero alla riflessione razionale e scientifica, senza trascurare la gravità della situazione, per affrontare quel male con fiducia e come protagonisti, giacché il protagonismo era un elemento fondamentale che la situazione per forza richiedeva.

Dal punto di vista teorico-pratico degli assistenti sociali, sono emerse azioni innovative che meritano di venir considerate da ora in poi come strumenti teorico-metodologici da includere nella formazione professionale per preparare professionisti per affrontare future situazioni di calamità o pandemia. Si giustifica ciò dal fatto che fenomeni simili si abatteranno contro il pianeta. La progressiva minaccia contro l'ambiente ormai lascia prevedere chiaro che la corsa sfrenata del capitalismo verso lo sviluppo senza perché, non si arresterà da sola per proteggere le risorse naturali.

Durante tutto il processo di ricerca, la domanda sulle cause ultime della pandemia ha spesso portato a risposte che indicavano il capitalismo come il principale responsabile di quella tragedia epocale. Poiché gli assistenti sociali lavorano quotidianamente nel campo in cui si sviluppa la struttura sociale, non c'è modo di non analizzare il sistema capitalista quando sorgono problemi seri. Questo ci ha portato a concludere che è opportuno inserire in tutti i curricula di formazione professionale del mondo una disciplina che porti lo studente a poter seguire criticamente quel sistema durante l'esercizio della propria professione, in modo che l'assistente sociale percepisca sempre quando il capitalismo sfrenato agisce contro l'ambiente.

Inoltre, la ricerca evidenzia la necessità di creare la disciplina del Servizio Sociale in Situazioni di Emergenza, per garantire una formazione ancora migliore di quella che viene attuata oggi e per poter affrontare eventuali future emergenze con molta più competenza teorico-pratica in modo che si possa agire con totale efficienza in future situazioni simili di disastro o pandemia.

Al fine di preservare l'integrità della professione e proteggerla da pratiche che si presentano come innovative ma potrebbero nascondere motivazioni conservatrici, è essenziale che i futuri assistenti sociali adottino precauzioni concrete nella loro pratica professionale.

Il lavoro a distanza non può più essere ignorato, nonostante le difficoltà che pone. Ma l'adattamento è necessario e le tecnologie informatiche fanno già parte della pratica professionale per superare le distanze, le difficoltà di spostamento, ecc. e rappresentano una risorsa in più nel senso che possono aiutare a completare il lavoro essenziale della relazione faccia a faccia. Se ci sono sfide per il lavoro a distanza degli assistenti sociali, questa è una realtà che deve essere considerata, soprattutto nel senso che il telelavoro non può sostituire il lavoro faccia a faccia. Rimane però la sfida di ottimizzare le risorse informatiche a vantaggio degli utenti e come alleate degli assistenti sociali e questa sfida rimane come risultato del periodo di pandemia e come tendenza nei modi di lavorare istituiti dalla rivoluzione tecnologica. Dobbiamo renderci conto che questa sfida deve ora essere posta a favore della classe subordinata e non rimanere un'arma della classe dirigente da utilizzare per manipolare l'individuo né la classe subordinata stessa.

L'altra conclusione a cui siamo pervenuti è che la professione ha avuto un notevole grado di visibilità e consapevolezza tra i professionisti circa la necessità e il valore della professione stessa in queste situazioni estreme in cui l'umanità si è trovata e può ancora trovarsi. La presenza degli assistenti sociali si è rivelata indispensabile in prima linea contro la pandemia e le loro competenze sono state mobilitate negli ambiti della sanità, dell'assistenza, dell'educazione, della cura degli anziani, dei giovani, delle donne, dell'infanzia e in tutti gli spazi socio-lavorativi in cui sono stati coinvolti.

Come sappiamo, un numero enorme di persone e delle loro famiglie si sono trovate, da un momento all'altro, in situazioni di estremo bisogno: mancanza di orientamento, assistenza, fame, disoccupazione, ecc. e gli assistenti sociali sono stati convocati per fornire loro assistenza di emergenza. Così ci si è resi conto che gli assistenti sociali sono una presenza fondamentale per organizzare la ricerca di soluzioni in tali momenti e quindi le loro voci devono essere riconosciute a livello globale quando si tratta di agire per gli aiuti umanitari. Nonostante la tendenza neoliberista che insiste nell'eliminare o sottovalutare le politiche sociali, i programmi sociali e la stessa professione di assistente sociale, i professionisti si sono presentati come capaci di fornire orientamento nei servizi e nelle attività. Possiamo dire che tramite le loro competenze di fronte al crollo istituzionale avvenuto durante la pandemia di Covid 19, gli assistenti sociali organizzati hanno preso l'iniziativa necessaria e strutturale per assistere ~~i tanti bisognosi~~ le tante persone in difficoltà. La ricerca, infatti, mostra che gli assistenti sociali, consapevoli del loro ruolo etico nella strutturazione del sociale, hanno preso la lodevole iniziativa di legiferare in ambito professionale, valutando giuridicamente il dover-essere di azioni urgenti e ineludibili ed eseguendole con maestria e con risultati scientificamente verificabili. In considerazione di ciò, è necessario che la società in generale riconosca che l'azione dei servizi sociali durante la pandemia ha effettivamente elevato lo *status* dell'assistente sociale a quello eticamente equivalente di giudici, legislatori e governanti *lato sensu*. Pertanto, i risultati di questa ricerca, crediamo, dovrebbero essere una giustificazione per un maggiore rispetto sociale da parte delle società, invece di svalutarle come hanno già chiarito le intenzioni esplicite delle forze conservatrici.

Questa visibilità della professione deve essere una presa di coscienza per i professionisti sull'importanza del suo ruolo dentro la società e della sua importanza, in quanto professione che può e sa rispondere a domande inaspettate e di grande responsabilità per la sicurezza della vita e per il rispetto dei diritti umani e sociali. Questa consapevolezza ci offre l'opportunità di affrontare il neoliberismo e di rivendicare un posto di onore in tutto il mondo e ci lascia la sfida di far valere tutto ciò che rappresenta il servizio sociale se esso assume la decisione di unificare la categoria professionale, nell'ambito della formazione e della pratica in tutto il mondo. Questa sfida richiama l'IASSW-AIETS, la FITS e l'ICSW per una nuova visione del significato della professione stessa in tutto il mondo nei giorni attuali.

La presa di coscienza della necessità di tale riconoscimento sociale con l'elevazione dello *status* e della visibilità della professione dovrebbe anche riflettere una nuova consapevolezza da parte dei professionisti e degli enti rappresentativi dei servizi sociali in genere.

In questo senso, IASSW-AIETS, FITS e ICSW sono chiamati a posizionarsi in modo da assumere collettivamente quella difesa della ascesa sociale dello *status* della professione anche presso le Nazioni Unite e presso gli specifici Stati Nazionali.

Pertanto, questo libro, che riunisce tutte queste potenzialità, si presenta come una produzione di conoscenza che fa parte sia del livello del testo didattico da socializzare negli spazi di formazione, sia del risultato della ricerca scientifica, sia del materiale diretto agli scienziati dell'area e di altre aree correlate, considerando che lo sforzo intrapreso nella sua elaborazione e in tutta la realizzazione della ricerca è stato un vero e proprio passo di immersione nel fare scienza e per convalidare tutto ciò che è supportato dalla conoscenza scientifica in tempi di pandemia.

Questo libro, che è poliglotta per tenere conto della diversità linguistica che ha caratterizzato la composizione dell'équipe e anche per favorire l'accesso al più ampio pubblico possibile di assistenti sociali di tutto il mondo, è diviso in tre (3) parti: la prima è in italiano (perché i responsabili della sua edizione sono organizzazioni italiane che rappresentano la categoria professionale e ci hanno favorito con un costo più che accettabile); la seconda parte è in inglese perché questa lingua è quella prevalentemente utilizzata nei dibattiti della IASSW-AIETS, che è l'organizzazione che ci ha concesso l'approvazione del progetto che ha finanziato il libro stesso; la terza e ultima parte è nella lingua originale dell'équipe di ricercatori per mantenere la possibilità di uno studio filologico di alto livello e, certamente, per garantire l'accesso ai testi originali ai madrelingua delle rispettive lingue.

RINGRAZIAMENTI

Innanzitutto, desideriamo ringraziare tutti gli assistenti sociali che ci hanno gentilmente fornito le loro testimonianze, sia partecipando a incontri pubblici online che rilasciando interviste private. Vorremmo anche menzionare con gratitudine gli assistenti sociali e gli insegnanti che sono stati disposti a collaborare a questa edizione, correggendo i testi in italiano (Maria Lorenzoni Stefani, Annamaria Campanini) e in inglese (Barbara Shank). Una menzione speciale va all'impegno del professore di ricerca Lluís Peris Cancio, che è stato fondamentale per dare energia a coloro che sono stati coinvolti nelle attività che hanno portato alla preparazione finale del libro per la pubblicazione.

ARGENTINA

Presa di coscienza, etica e impegno degli assistenti sociali di diversi enti pubblici e privati argentini durante la pandemia COVID-19

Diana Margarita Crisistelli⁴

INTRODUZIONE

Questo rapporto fa parte del lavoro di ricerca svolto dal collettivo di assistenti sociali di diversi Paesi (IASSW), inquadrato in un progetto congiunto di Paesi dell'America Latina e dell'Europa denominato "*Teoria e pratica del servizio sociale nel mondo in tempi di pandemia*".

Nel dicembre 2019, a Wuhan, in Cina, compare un virus: il Covid 19 che si diffonde in tutto il mondo e l'OMS dichiara una pandemia nel marzo 2020. La rapida diffusione del virus mette in allarme il sistema sanitario.

L'Argentina non era estranea a questa realtà. Con il nuovo mandato governativo, il presidente Alberto Fernández, il 12 marzo 2020, ha stabilito il decreto 260/20 con il quale è stato determinato lo stato di isolamento sociale, preventivo e obbligatorio (ASPO). Questa situazione ha portato all'adozione di una serie di misure per alleviare le conseguenze socioeconomiche delle proposte di assistenza sanitaria. In ambito economico, sono state attuate politiche di protezione sociale per contenere il calo dei salari, dell'occupazione, della produzione e l'aumento dei prezzi. Sono state adottate anche misure palliative come il blocco dei prezzi, il blocco delle tariffe, le clausole anti-licenziamento (Decreto PEN n. 329/2020) e le doppie indennità, tra le altre. Quanto all'aspetto sanitario, c'è stata l'emergenza sociale, l'assenza di informazioni organizzate e sistematizzate.

L'approccio dell'assistente sociale in questo contesto ci porta a definire il nostro quadro teorico per il quale ci collochiamo a partire da un approccio basato sui diritti nell'ambito di una proposta di Pianificazione Popolare, per cui il contributo più significativo di questo quadro risiede nella considerazione non solo della variabile socio-culturale, ma anche nella ricerca dell'empowerment delle comunità, basato sulla comprensione delle loro logiche popolari e sulla sponsorizzazione della loro partecipazione all'elaborazione e all'esecuzione di piani comunitari, adeguati al loro stile di vita, che non sono un fine, ma un mezzo per intraprendere processi di educazione, organizzazione e partecipazione popolare. Siamo d'accordo con gli intervistati quando fanno riferimento all'empowerment delle famiglie in questo periodo, che verrà sviluppato in seguito.

La pandemia COVID 19 e la salute

La situazione della pandemia ha rivelato sfumature diverse tra le varie comunità e i gruppi che le compongono in tutto il territorio nazionale. Ci sono diversi livelli di governo:

- **Livello nazionale**

⁴ Diploma in Servizio Sociale, con laurea in Gestione e Organizzazione E. Insegnante di Educazione Speciale e di Educazione Comune. Esperto giudiziario. Diploma post-laurea in Contesti di reclusione per giovani e adulti.

- **Livello provinciale**
- **Livello comunale**

L'articolo 42 della Costituzione nazionale argentina sancisce il diritto all'assistenza sanitaria per tutti gli abitanti del territorio nazionale, siano essi argentini o stranieri, in ospedali o centri sanitari, gratuitamente e su base paritaria.

Dall'inizio della pandemia sono state inserite nella Gazzetta Ufficiale (Boletín Oficial) diverse leggi, decreti e programmi:

Appoggio solidale e straordinario per contribuire a mitigare gli effetti della pandemia. Si crea. Legge 27.605. ONOREVOLE CONGRESSO DELLA NAZIONE ARGENTINA (BO 18/12/2020).

Legge sulla solidarietà sociale e la riattivazione produttiva nel quadro dell'emergenza pubblica. Proroga del decreto 99/2019. Decreto 1057/2020. POTERE ESECUTIVO NAZIONALE (P.E.N.) (BO 31/12/2020).

Programma di assistenza. Decreto 615/2020. Estensione. Decreto 1055/2020. POTERE ESECUTIVO NAZIONALE (P.E.N.) (BO 31/12/2020). Attività sanitarie dei datori di lavoro. Decreto 300/2020. Proroga. Decreto 1052/2020. POTERE ESECUTIVO NAZIONALE (P.E.N.) (BO 29/12/2020).

Legge sui vaccini destinati a generare un'immunità acquisita contro il Covid-19. Disposizioni. Legge 27.573. (BO 06/11/2020).

Il sistema sanitario comprende tre settori, forse poco integrati tra loro e talvolta anche frammentati al loro interno: il settore pubblico, il settore delle assicurazioni sociali obbligatorie (Obras Sociales) e il settore privato. Ogni settore fornisce servizi di assistenza con alcune differenze e, in tempi di pandemie, ogni settore ha dovuto raggiungere un consenso negoziando azioni che non sono molto facili da realizzare.

In qualche modo, dopo l'emergenza sanitaria causata dall'inizio della pandemia, sono emerse interpretazioni complicate per la mancanza di dati statistici sistematizzati e per le divergenze sull'origine del virus e sul suo possibile trattamento. Questa situazione ha avuto un impatto significativo sulla popolazione e sul sistema sanitario, portando all'inizio di un rigido confino di otto mesi, che ha causato problemi all'economia in generale, provocando l'emigrazione di grandi aziende dal nostro Paese e l'economia informale che ha lasciato un gran numero di persone senza lavoro.

Ci sono domande che sono sorte: “le comunità sono state preparate con programmi in grado di rendere disponibili le risorse?”; “gli intermediari locali erano militanti di partito?”; “in che misura le risorse sono state distribuite equamente?”; “gli ospedali erano sufficienti?”. Queste domande non hanno ancora trovato una risposta esauriente e per alcuni cittadini c'è ancora una mancanza di competenza. La complessità delle politiche di salute pubblica ha influenzato i professionisti in generale, modificandone i compiti (a distanza), e tra questi gli assistenti sociali.

Il primo caso confermato di pandemia Covid-19 nel nostro Paese è stato annunciato il 3 marzo 2020, con qualche incertezza, poca informazione e paura per le immagini che cominciavano a vedersi da Italia, Spagna e Francia. Il decreto chiudeva tutte le scuole, le organizzazioni pubbliche e private, i ristoranti, i centri commerciali e i mezzi di trasporto potevano essere utilizzati solo dal personale essenziale, c'era una restrizione totale delle persone che uscivano per strada e

non si potevano usare le automobili, a meno che non si ottenesse una patente di guida via web per motivi molto specifici. Gli ospedali pubblici e privati hanno trattato le persone infette per questo virus in via prioritaria. Queste misure hanno ridotto in parte il numero di infezioni e di decessi, ma hanno fatto sì che altre malattie gravi non venissero curate e che le persone morissero.

Le intervistate concordano sul fatto che “è stato scioccante vedere immagini di strade completamente vuote”. Dopo le prime due settimane, sono comparsi i primi segnali di preoccupazione per la totale mancanza di attività, soprattutto per le persone con “lavori informali”, che sono rimaste senza alcun tipo di reddito, così come per il “lavoro da casa” o “lavoro a distanza”, con qualche difficoltà per chi non aveva un PC, telefoni cellulari di ultima generazione o una rete internet affidabile.

Sono stati colpiti non solo i gruppi vulnerabili, ma anche gli studenti senza risorse tecnologiche o gli anziani senza parenti o vicini che li aiutassero. Si può quindi osservare una grande disorganizzazione, *mass media* con notizie contrastanti e una serie di “infettologi” che consigliano il governo con discorsi contrastanti. Ma la cosa più preoccupante viene dall'ascolto delle dichiarazioni dell'allora Ministro della Salute, Ginés González García, che ha dichiarato ai *media*: “Sono molto più preoccupato per la dengue che per il coronavirus (Diario Clarín, 3/2/2020), forse come l'influenza”.

Lo stesso ministro avrebbe poi ritrattato la sua dichiarazione: “[...] Non pensavo che il coronavirus sarebbe arrivato così rapidamente, non pensavo che sarebbe arrivato in estate, ci ha sorpreso [...]” (Ginés G. García: 29/03/20).

Nel frattempo, nel maggio dello stesso anno, quando l'Argentina era in stretto e totale isolamento a causa della pandemia, egli espresse anche come ex funzionario che il virus in Argentina: “[...] iniziò con la classe media e alta che viaggiava” (Ginés G. García: La Nación, 29/05/20).

Evidentemente, non ha tenuto conto della dichiarazione dell'OMS, che dichiara l'11 marzo 2020, la pandemia globale di Covid-19.

Un altro aspetto da tenere in considerazione è che mentre in altri Paesi l'acquisto dei vaccini è stato gestito, qui ci sono voluti molti mesi e in linea di massima sono stati scelti solo vaccini provenienti dalla Russia (Sputnik) e dalla Cina (Sinopharm), che non erano riconosciuti nell'Unione Europea, negli Stati Uniti, in Australia, ecc. bandendo altri con maggiore riconoscimento come Pfizer, Astrazeneca, ecc.

Infine, verso la fine del 2021, viene incorporato l'acquisto di altri vaccini, ma si erano già verificati molti decessi a causa di covid.

Il 29 dicembre 2020, il ministro González García dà il via alla campagna di vaccinazione nell'ospedale di Posadas, e contemporaneamente in tutto il Paese (fonte: quotidiano La Nación), in prima istanza al personale sanitario. Ma incredibilmente è scoppiato uno scandalo politico, riferito all'applicazione dei vaccini in prima istanza a politici, parenti e amici come segretari, saltando l'ordine per età ed essenzialità organizzato dallo stesso Ministero della Salute, che ha portato alla disponibilità di Ginés González García dal suo incarico, venendo sostituito da Carla Vizzotti, seconda carica di quel ministero. Lo scandalo si è verificato nel bel mezzo di una carenza di vaccini e a causa di favoritismi o militanza politica, l'utilizzo di locali del partito per diversi cittadini per registrarsi per le vaccinazioni, che è attualmente al vaglio dei tribunali a causa di una denuncia presentata alle autorità competenti.

La seguente tabella esemplifica i dati quantitativi relativi alla pandemia nel periodo compreso tra l'11/03/20 e l'1/03/21.⁵

Popolazione del paese	Casi confermati	Deceduti	Vaccinati
45.376.763	9.007.753	127.494	10.079.394

Forse se la gestione dei vaccini fosse stata più equa (nell'acquisto, nella distribuzione, nell'applicazione), il numero di morti sarebbe stato inferiore.

Presa di coscienza degli assistenti sociali in Argentina

Nell'ambito di questa ricerca "Teoria e pratica del lavoro sociale in tempo di pandemia", si è deciso di utilizzare il termine "presa di coscienza" per avviare una discussione, un dibattito concettuale che fa riferimento a diversi quadri teorici che si rifletteranno nel lavoro sul campo di ogni assistente sociale. La presa di coscienza è stata analizzata come un concetto plausibile da guardare dal punto di vista di diversi autori e, a mio avviso, ampliando questo concetto, utilizzato in tempi di emergenza, con una dimensione globale come la pandemia Covid-19.

Da questa rassegna emerge che ad oggi non esiste una bibliografia specifica sulla "presa di coscienza" nel campo del servizio sociale nel nostro Paese, ma si tratta di incorporare la "presa di coscienza" come una competenza che si sviluppa man mano che si interagisce nella sfera "interna ed esterna". Esistono pubblicazioni internazionali di articoli e siti web con dati e descrizioni di situazioni specifiche come guerre, rischi ambientali e umani, come l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l'Organizzazione Panamericana della Sanità (PAHO), che contribuiscono a fornire informazioni, ma non specificamente sulla presa di coscienza e sul campo del servizio sociale.

La presa di coscienza non è una capacità che si acquisisce alla nascita, ma è un'abilità che si sviluppa man mano che si interagisce nei domini interni ed esterni (Goodman, 2007).

Esiste una vasta bibliografia sull'argomento con autori come Jean Piaget o Paulo Freire che sono stati analizzati da colleghi di altri paesi, quindi sarà analizzato con altre prospettive come la Gestalt (Goodman) e il Linguaggio del corpo (Lowen) che ci avvicinano alla presa di coscienza in situazioni inedite, che possono essere applicate dal gruppo di Assistenti Sociali in questa particolare situazione che hanno dovuto gestire.

Ogni presa di coscienza coinvolge elementi affettivo-mentali, dove a partire da una o più esperienze, l'individuo diventa consapevole della sua realtà interna o esterna. Man mano che l'individuo attraversa il viaggio della vita, il processo esperienziale gli permette di diventare consapevole di ciò che accade nell'ambiente (intra o extra-ambito).

La presa di coscienza comporta elementi intuitivi, intendendo l'intuizione, dalla fenomenologia, come la capacità di cogliere la realtà così com'è. L'individuo, attraverso un processo di crescita personale e spirituale, ha la capacità di rendersi conto di ciò che realmente accade intorno a lui. Tuttavia, nella società variegata, forse, in cui viviamo, non tutti hanno la capacità di rendersi conto della realtà e vivono immersi nell'irrealtà, rafforzando questo fatto come parte della loro vita e credendo che anche gli altri debbano essere immersi in questa finzione.

⁵ Tabella preparata dagli autori. Fonte: Ministero della Salute.

È possibile cambiare la realtà senza conoscerla? Per una trasformazione del sé o della società è necessario conoscere sia la realtà interna che quella esterna. Entrambe le trasformazioni sono intrinsecamente correlate e vi è una sovrapposizione esistenziale tra di esse.

E cos'è la presa di coscienza? Secondo l'approccio psicologico della gestalt, la consapevolezza è la capacità di rendersi conto di come la persona funziona come essere organismico (mente, emozione e corpo), come essere sociale, come soggetto transpersonale e anche come essere ecologico.

Possiamo definire “la presa di coscienza come la capacità di vedere la realtà interiore attraverso l'irreale aggrovigliato e di vedere la capacità della realtà esterna attraverso la rete emergente dei miraggi”.

Esistono diversi tipi di presa di coscienza e, a partire dalla Gestalt sociale, si possono proporre le seguenti prese di coscienza:

- individuale;
- sociale;
- transpersonale;
- ecologica.

La presa di coscienza individuale comporta il rendersi conto delle sensazioni, delle emozioni e dei pensieri che si verificano nell'essere organismico. Fin dalla nascita, l'individuo acquisisce la capacità di prendere coscienza del proprio funzionamento come persona. Con il passare del tempo, il bambino diventa sempre più consapevole del proprio corpo, interagendo con i propri bisogni e con quelli dell'ambiente. I suoi bisogni fisici diventano più importanti e si aspetta che i genitori li soddisfino man mano che emergono. Quando la persona raggiunge l'adolescenza, diventa sempre più consapevole delle dinamiche, non solo del suo corpo, ma anche delle sue emozioni e dei suoi pensieri. Il gioco delle polarità emotive non è più così automatico; l'adolescente stesso si rende conto di poter controllare e gestire le proprie emozioni. E quando raggiunge l'età adulta, il soggetto, che già gestisce meglio le sue sensazioni e i suoi affetti, diventa più consapevole dei suoi pensieri e riesce ad ampliare la sua capacità di rendersi conto sotto tutti gli aspetti. Quindi, in età adulta, il soggetto può già essere in grado di prendere coscienza delle sue sensazioni, delle sue emozioni, dei suoi pensieri e del suo rapporto con l'ambiente.

La gamma di consapevolezza varia da persona a persona, a seconda dell'istruzione, dell'esperienza di vita e/o della formazione. In quest'ultima opzione formativa, i gruppi di crescita personale, i gruppi di incontro, i gruppi maratona e altri tipi di gruppi permettono di sviluppare la capacità di presa di coscienza individuale. Questo sviluppo sarà la base per la presa di coscienza sociale, transpersonale ed ecologica.

Tuttavia, la presa di coscienza individuale si sviluppa anche in base alle esperienze emergenti della vita quotidiana. L'umanità passa da uno stadio infantile a stadi più avanzati nel corso dei secoli o dei millenni.

La presa di coscienza sociale consiste nel prendere coscienza dell'ambiente familiare, di gruppo e sociale e nel vedere come questo influenzi le percezioni, gli atteggiamenti e i comportamenti personali e interpersonali dell'individuo. La presa di coscienza sociale nasce quando il bambino prende coscienza dell'altro (madre, padre, fratelli, ecc.) e verifica che l'altro lo influenza in un certo modo, soddisfacendo o meno i suoi bisogni fondamentali. Nell'adolescenza

l'individuo si relaziona molto di più con gli altri e reagisce positivamente o negativamente alle dinamiche emergenti. Nell'età adulta, le relazioni umane sono molto più complesse, con molte più variabili in gioco, dove non c'è solo affetto o disaffezione. Le persone, nel rapporto con l'ambiente sociale, utilizzano un ragionamento concreto e, grazie al senso comune, si rendono conto di ciò che accade nell'ambiente.

Se l'individuo ha sviluppato una presa di coscienza individuale del proprio funzionamento, sarà più facile per lui diventare consapevole del funzionamento dell'ambiente e quindi sviluppare una presa di coscienza sociale. Sarà più facile per l'individuo o per il gruppo sviluppare la coscienza di gruppo. Questa consapevolezza è la capacità di sentirsi membro o parte integrante di un gruppo, di un insieme. Ciò può iniziare a verificarsi attraverso l'appartenenza, l'identificazione, l'impegno e terminare con l'inclusione.

Metodologia – interviste: costruzione, studi di caso

Gli obiettivi del progetto internazionale "Theory and Practice of Social Work in Pandemic Times" sono alla base del disegno empirico della presente ricerca, coordinata dalla professoressa Alexandra Mustafá dell'Università Federale di Pernambuco, Brasile.

Dall'Argentina vengono condivisi gli aspetti metodologici concordati dal team internazionale di ricercatori: approccio qualitativo, interviste mirate da cui vengono estratti i dati, analisi del caso di studio e conclusioni.

La conduzione e lo studio sono stati avviati nella provincia di Buenos Aires. Le interviste sono state sei: 5 nel Distretto di Tigre e 1 nell'Università Nazionale di Luján con sede a San Miguel. Le interviste sono state realizzate tra aprile e ottobre 2021, dal ricercatore assistente sociale in forma digitale, a causa di restrizioni, prima di incontri virtuali per spiegare il progetto, illustrare il questionario e la grande importanza della collaborazione di ogni Assistente Sociale (AS), fornendo le risposte e il tempo condiviso nelle loro risposte. Gli intervistati sono stati selezionati tenendo conto di diversi ambiti pubblici, istruzione, sanità, giustizia e un'università.

L'approccio ha mostrato le diverse esperienze dei professionisti, i loro momenti traumatici in termini di attività e di vita personale.

Il quadro di riferimento è stato quello di osservare la pratica del lavoro sociale in tempi di pandemia e il suo rapporto con le persone, i bisogni e le risorse di queste comunità, che segnano il punto di partenza di questo testo, in una situazione di emergenza sociale che ha colpito soprattutto la popolazione di età superiore ai 70 anni e i soggetti con patologie croniche preesistenti che hanno mostrato una certa fragilità nei servizi di protezione sociale e sanitaria.

Tutti gli AS si sono dimostrati disponibili e interessati a far parte della proposta e a partecipare al progetto attraverso le interviste. Dalle risposte si può dedurre il loro impegno e la loro disponibilità.

Le domande riguardano la coscienza, la percezione della coscienza durante la pandemia, il contesto, la dimensione etica e politica e la posizione del governo e dei decisori nelle agenzie pubbliche e private, nazionali, locali e internazionali, il processo decisionale, il quadro teorico della loro professione, il sostegno del governo e la loro pratica professionale in situazioni di rischio.

Riflettere e partecipare alla presa di coscienza, dal punto di vista del servizio sociale, significa raggiungere il potenziale esistente per superare la situazione-problema.

Sulla base della presa di coscienza e dello sviluppo di questi concetti, ogni ricercatore sarà in grado di mettere in relazione l'argomento proposto nelle interviste, che nascono da questo progetto.

L'Assistente Sociale in tempi di pandemia, attraverso l'analisi della situazione, il lavoro d'équipe multidisciplinare, l'impegno, il lavoro di rete e la riflessione, può arrivare a possibili modifiche nei diversi aspetti che devono essere modificati e apportare il proprio lavoro professionale come contributo necessario, ma anche nel proprio intervento deve fare le critiche necessarie, ripensando il modo di intervenire di fronte a questa pandemia.

Un po' di storia nella Carriera del Servizio Sociale Argentino

Questa ricerca, oltre ad essere una proposta con obiettivi molto specifici, può forse essere uno spazio aperto alla riflessione, alla discussione del collettivo professionale sull'identità, l'origine, la scelta e lo sviluppo della professione.

Ritengo che indagare i processi identitari e le loro rappresentazioni sociali nel servizio sociale sia in qualche modo legato alla costruzione storica di questa professione, e per questo motivo si compie un viaggio lungo una linea temporale.

È degno di nota il fatto che la storia del Servizio Sociale nel nostro Paese abbia attraversato grandi trasformazioni, dalle prime azioni caritatevoli portate avanti dalla Chiesa e dalle signore dell'alta società, fino ai diversi periodi in cui diversi governi militari hanno preso il potere e hanno limitato la democrazia e la libertà in Argentina, che sono descritti di seguito:

- José Félix Uriburu 1930-1932
- Sedicente rivoluzione del '43, 1943-1946
- Sedicente rivoluzione liberatrice 1955-1958
- Dittatura 1962-1963 unico caso in cui è stata guidata da un civile José María Guido
- Il 24 marzo 1976, il governo di María Estela Martínez de Perón fu rovesciato da un colpo di Stato guidato dalle Forze Armate, e tutta questa cronologia è un fatto da tenere a mente.

Il periodo tra il 1830 e il 1890 è stato importante, ed è in questo periodo che è stata approvata la legge sull'istruzione 1.420 (1884), che istituisce un'istruzione primaria comune, gratuita e obbligatoria, in un contesto storico che ha portato alla sua promulgazione, dando importanza al riposizionamento delle donne e al loro compito sociale. Inoltre, ha dato origine all'istruzione odierna, togliendo un po' di potere alla Chiesa e alle sue azioni con la comunità.

Con Sarmiento, presidente del nostro Paese, in un periodo di immigrazione, si modificò in un certo senso l'azione caritativa verso le donne, nacquero le case Esposito, l'attuale Casa Cuna, ospedali come il Pedro Elizalde, case per bambini orfani, l'Ospedale Gutierrez, l'Ospedale Santa Lucia, l'Ospedale delle Donne, l'attuale Ospedale Moyano, essendo lo Stato per lo più presente alle diverse necessità. Nel 1943, lo Stato limitò le azioni caritatevoli alla Sociedad de Beneficencia, come verrà spiegato di seguito.

Nel 1924 fu creata la prima carriera di Visitatori di Igiene Sociale e nel 1930 la Scuola di Servizio Sociale, entrambe dipendenti dall'Università Nazionale di Buenos Aires.

Nel 1947, il governo di Juan D. Perón intervenne sulla Sociedad de Beneficencia, facendola dipendere dalla Dirección Nacional de Asistencia Social con la forte figura di Eva Perón (moglie del presidente Juan Perón). I suoi beni furono espropriati, organizzando cambiamenti e inserendo i primi assistenti sociali nel mercato del lavoro, diventando una "professione più riconosciuta".

In questo contesto, Svampa (2005) dà conto di un modello di integrazione nazionale e popolare che ha avuto luogo durante il primo peronismo (1945-1955). Questo periodo è stato caratterizzato dalla sostituzione delle importazioni, dal riconoscimento dei diritti sociali e dall'omogeneità sociale con l'inclusione della classe operaia e l'espansione della classe media salariata.

In questo senso, la professione del SS subisce delle restrizioni e, di fronte alla mancanza di risposte alla società, a partire dal 1965 si assiste a una riconcettualizzazione del Servizio Sociale in contrapposizione al Lavoro Social.

Poi, a partire dagli anni Settanta, si sono verificati cambiamenti nell'ordine economico. Il primo tentativo fu fatto dopo la morte del presidente Perón, nel luglio 1973. La moglie María Estela Martínez salì al potere. Il 4 giugno 1975, il suo ministro dell'Economia, Celestino Rodríguez, promosse un profondo aggiustamento con inflazione e svalutazione, aumentando le tariffe e limitando la contrattazione salariale. Si trattava di un'iniziativa senza precedenti in Argentina e di un tentativo di porre fine alle politiche nazionaliste e riformiste. Durante gli anni '70 e '80, mentre si installavano dittature in altri Paesi della regione come Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Brasile, tra gli altri, si diffondevano anche guerriglia e conflitti armati.

È necessario considerare questo contesto per comprendere l'attuazione delle politiche inquadrate nell'agenda neoliberale.

Di conseguenza, questi governi dittatoriali, per imporre un piano di ristrutturazione economica, non solo hanno puntato allo sterminio e al disciplinamento di alcuni settori, ma hanno anche generato indebitamento, deindustrializzazione e disoccupazione con gravi ripercussioni sulla struttura sociale e produttiva del nostro Paese.

Il governo Alfonsín (1983-1989) non solo ha portato la democrazia nel nostro Paese, ma anche un calo degli investimenti esteri, una fuga di capitali e un'inflazione record, che hanno portato al pensionamento anticipato del presidente. Pertanto, in piena crisi strutturale, con una società impoverita, afflitta da disuguaglianze sociali e polarizzazione, è subentrato il governo di Carlos Menem (1989-1999). Le sue politiche, raccomandate dalle organizzazioni internazionali (Svampa 2005), hanno approfondito il modello, facendo sì che più del 20% della popolazione fosse disoccupata.

In contrasto con la cittadinanza con il godimento dei diritti, questo modello propone una figura di **non-cittadinanza** per i settori più vulnerabili. Come afferma l'autrice: “[...] questo processo di de-cittadinanza non comprende solo la dimensione politico-sociale (riferita alla perdita dei diritti sociali e del lavoro), ma anche quella politica (partecipazione e accesso alle decisioni), limitando, tra l'altro, la partecipazione degli individui e delle organizzazioni popolari agli spazi decisionali collettivi” (Svampa 2005, p. 76).

Di fronte alla perdita dei diritti del lavoro, sono state attuate politiche sociali mirate, che hanno sviluppato una dinamica di risocializzazione, dimostrando così che la loro funzione non era solo finalizzata alla gestione dei bisogni primari, ma anche al controllo della vita della popolazione più colpita da condizioni economiche diseguali.

L'anno 2001, ricordato per una grande crisi, è stato teatro di un importante smembramento sociale, caratterizzato dalla perdita di status sociale di gran parte della classe media argentina, che ha portato a un processo di impoverimento di questo settore sociale, comportando un'esclusione non solo materiale ma anche simbolica. La classe media si impoverisce, perde il lavoro e si

modifica la sua sfera di socializzazione. Il contenimento sociale è evidenziato dall'ampia distribuzione dei piani sociali. Nelle città e nei popoli di tutto il Paese cominciano a nascere cooperative di quartiere e baratto (scambio di servizi con cibo, per esempio) e gli AS sono figure fondamentali nell'organizzazione delle diverse comunità, di fronte a una delle crisi più gravi del nostro Paese.

Dal 2002 in poi, i nuovi piani (sussidi compensativi) hanno mostrato una continuità con il modello precedente, trasformando il modello di cittadinanza assistenziale-partecipativa che il neoliberalismo ha concesso agli esclusi. Secondo i contributi di Svampa, nel quadro di questa società escludente, le organizzazioni popolari sono riuscite a sviluppare nuove forme di partecipazione; i disoccupati, dal profondo della decomposizione sociale, hanno sviluppato nuove forme di lotta e di auto-organizzazione territoriale. Queste si sono espresse attraverso l'occupazione dello spazio pubblico, le proteste di piazza, i blocchi stradali e le assemblee popolari durante la crisi del 2001.

Quanto sopra descritto ci porta a interrogarci sul ruolo del servizio sociale. Pertanto, il servizio sociale in Argentina deve essere inteso in una prospettiva critica delle relazioni sociali della società capitalista, che spesso hanno a che fare con le grandi disuguaglianze sociali, cercando le vie di questa professione con un grande impegno per i diritti umani e l'approfondimento dello Stato democratico.

In relazione alla pratica professionale, questa è passata attraverso diverse concezioni nei vari contesti descritti fino al 1995, quando si è formato il Comitato Mercosur delle Organizzazioni Professionali di Servizio Sociale o di Lavoro Sociale. Questo comitato è composto da Argentina, Brasile, Uruguay e Paraguay con l'obiettivo di rafforzare gli orientamenti filosofici, etici e politici della professione per le organizzazioni professionali di Servizio Sociale del Mercosur. Successivamente, nel nostro Paese è stata promulgata la legge 27.072/14 sulla pratica professionale, tuttora in vigore (Fink-Mamblona. p. 67-69).

D'altra parte, per analizzare le trasformazioni sociali avvenute durante questo periodo di crisi in Argentina, sembra opportuno riportare i contributi di Merklen in riferimento alle categorie di *disaffiliazione/riaffiliazione*, che caratterizza questo processo come "disaffiliazione" per nominare i settori sociali espulsi dal settore produttivo e i legami sociali generati dall'aver una fonte di lavoro. L'autore sottolinea che i settori impoveriti hanno stabilito forme di riaffiliazione per mezzo di legami territoriali attraverso movimenti sociali, movimenti picchettieri (*piqueteros*), che hanno cercato, sotto diverse forme di organizzazione sociale collettiva, di ristabilire i diritti sociali persi durante l'attuale periodo neoliberale.

Lo spazio in cui si sono iscritte le lotte per i diritti sociali perduti è stato il territorio del quartiere, dove le persone hanno cercato la riaffiliazione attraverso diverse attività con le organizzazioni sociali che hanno permesso loro di ottenere benefici e aiuti sociali (programmi di assistenza mirata) e di stabilire legami di solidarietà tra i membri dei movimenti sociali.

In seguito, le organizzazioni hanno cercato di essere riconosciute dallo Stato e di gestire parte degli aiuti sociali forniti dagli Stati nazionali e provinciali. Di fronte a questa situazione, lo Stato ha cambiato strategia: dapprima si è confrontato con le organizzazioni di quartiere e popolari, ma in seguito, di fronte alla diversità delle richieste, è passato a una strategia di cooptazione e cooperazione, che ha fatto sì che le organizzazioni iniziassero a gestire parte delle politiche sociali.

In questo periodo neoliberista è interessante ricordare gli interessi politici ed economici delle Organizzazioni Internazionali, che cercavano di disciplinare la società, mantenendo un esercito di disoccupati pronti a sostituire la classe operaia decaduta.

Per quanto riguarda la fase tra il 2000 e il 2015 citata da Thwaites Rey, egli afferma che a partire dal 2000 nella regione latino-americana è stata assunta una posizione critica nei confronti del neoliberismo, cercando di ristabilire il peso dello Stato nel settore pubblico e nei settori strategici dell'economia di ciascun Paese, con le sue sfumature e le sue specifiche forme di concretizzazione.

Così, in un contesto post-neoliberale, ancora segnato da una forte globalizzazione espressa attraverso organismi sovranazionali, nella nostra regione si sono verificati processi di nazionalizzazione di imprese private, riforme costituzionali in alcuni Paesi, espropri, legislazione di nuovi diritti sociali, per cui possiamo affermare che, nonostante l'esistenza di pressioni da parte di poteri sovranazionali, gli Stati nazionali hanno una certa autonomia e sovranità nel dispiegare azioni nei loro territori.

I contributi dei diversi autori qui presentati ci forniscono quadri teorici per ripensare le rappresentazioni sociali del ruolo del SS (Servizio Sociale).

La pandemia e l'azione degli operatori sociali

Il disegno della presente ricerca, in accordo con il Progetto Internazionale sopra menzionato, espone il processo di consapevolezza della pandemia Covid-19 di sei AS (Assistenti Sociali) dell'Argentina inclusi in questo punto.

Tabella: profilo delle AS partecipanti e diversi dati tecnici per ulteriori analisi ⁶

Assistente Sociale	Agenzia di intervento	Anzianità/istituzione	Funzione	Forma di Intervista
1	Salute Munic.	17 anni	Squadra isola	Video-conferenza.
1	Ministero della Giustizia	10 anni	Squadra	Video-conferenza.
1	Ministero dell'Istruzione	20 anni	Orient.sociale	Video-conferenza.
1	Ministero dell'Istruzione	19 anni	Orient.sociale	Video-conferenza.
1	Ministero dell'Istruzione	21 anni	Orient.sociale	Video-conferenza.
1	Univ.Nac.Luján	1 anno	Studente tirocinante	Video-conferenza.
Totale: 6				

⁶ Tabella preparata dalla autrice. Fonte Interviste AS

Prima di essere intervistati, tutti gli AS sono stati informati di questo progetto internazionale, garantendo condizioni di riservatezza. I loro preziosi contributi sarebbero stati di utilità accademica e scientifica, e il processo di presa di coscienza sarebbe stato un aspetto molto apprezzato della riflessione professionale. Desideriamo ringraziare le colleghe intervistate per il loro impegno, la loro flessibilità e il loro tempo.

C'è coincidenza nella descrizione degli AS intervistati che si riferiscono all'inizio della pandemia nel febbraio 2020 e alla sua rapida diffusione; vengono presentate le parole testuali di due delle interviste, che sottolineano che ciò che è iniziato come una quarantena si è esteso alla chiusura totale di scuole e università in quell'anno, che le istituzioni sanitarie hanno assistito casi di Covid-19 e pochissimi casi di pazienti con altre patologie. Il numero di casi aumentò rapidamente nonostante il divieto di uscire. Le informazioni provenivano dai *media*, che a seconda della fonte erano diverse, e il Ministero della Salute enfatizzava il "non uscire" piuttosto che le spiegazioni chiare sul virus che, secondo gli specialisti di virologia, erano antagoniste. Ecco come si sono espressi gli intervistati:

Quando in Argentina abbiamo cominciato a sentire parlare di questa pandemia, la si vedeva come qualcosa che si trovava in Oriente e che non avrebbe raggiunto il continente americano, soprattutto il Sud America. (AS)

Inoltre, il nostro ministro della Sanità, Ginés García, disse che si trattava di un virus che non avrebbe raggiunto il nostro Paese e che qui eravamo preparati ad affrontarlo, il che non era vero. A Buenos Aires c'erano più centri sanitari e ospedali, ma all'interno di altre province non c'erano abbastanza infrastrutture o personale di terapia intensiva per affrontare molti casi, una realtà che è stata poi dimostrata. (AS)

Il momento in cui ho iniziato a considerare la gravità della questione è stato quando l'OMS ha dichiarato la pandemia come tale, e quindi l'aumento dei casi in Argentina e in altri Paesi. Questo stato di coscienza della gravità della pandemia si è progressivamente affermato quando ho visto estendere le misure di quarantena in Argentina, e quindi le restrizioni alle attività socio-umane. (AS)

Per rispondere a questa domanda è necessario risalire all'inizio della pandemia, che non è stata percepita come tale fino alla fine di febbraio e all'inizio di marzo 2020, quando i media hanno messo in evidenza le conseguenze che stava causando in quel momento in Europa e la velocità con cui si stava diffondendo. Le conseguenze sono state catastrofiche e hanno colpito l'intera popolazione, indipendentemente dal sesso, dall'età o dalla razza. (AS)

Se analizziamo la fiducia nelle autorità e il tempo che hanno impiegato per rendersi conto della realtà, sono passati due mesi, la politica sanitaria secondo le AS non è stata sufficiente e ha segnato situazioni diverse nella Capitale Federale e nel resto delle province e dell'interno del Paese. Non è stato effettuato quasi nessun test, nonostante le raccomandazioni dell'OMS, che consigliava di monitorare e misurare le persone infette, e i dati sono arrivati a Buenos Aires dalle diverse province con molto ritardo, e i messaggi dei media "incolpavano i cittadini di essere usciti o di disobbedire".

Tutti gli intervistati si sono resi conto della situazione in anticipo, poiché in altri Paesi (Europa) ci sono stati molti casi di contagio, di morti, e il fatto di essere al confino li ha fatti pensare a qualcosa di molto difficile da prevenire, qualcosa di sconosciuto.

Questo si può vedere nelle affermazioni degli AS:

Con l'aggravarsi della situazione, a livello globale e in particolare in Argentina, per quanto riguarda i casi, ma anche la mancanza di forniture e di personale sanitario sufficiente a soddisfare la domanda. Inoltre, siamo venuti a conoscenza di persone conosciute colpite dal contagio e alcune dalla morte. Ha contribuito anche al fatto che la popolazione non era in grado di continuare a lavorare e la politica di assistenza degli Stati non era sufficiente. (AS)

La gravità della pandemia, percepita come tale, si è verificata alla fine di marzo e all'inizio di aprile dello scorso anno. Anche se è noto che è iniziata a gennaio di quell'anno, il fatto che fosse diversa dall'Europa significava che i suoi effetti non avrebbero colpito il nostro Paese (l'Argentina), cosa che non è avvenuta. La consapevolezza di questa situazione, la velocità con cui si stava diffondendo nel mondo, esprimevano l'entità di questo virus e i suoi effetti nocivi, non solo sulla salute ma anche sull'ambiente (lavorativo, sociale, emotivo) degli esseri umani. È stato proprio quest'ultimo aspetto a mettere in discussione il fatto che non si trattava di una semplice influenza, ma di un virus la cui velocità di diffusione e i cui effetti sulle persone erano dannosi. (AS)

Gli ospedali pubblici della provincia di Buenos Aires erano insufficienti, così come le risorse umane.

Impegno e gestione

Questo punto può essere analizzato tenendo conto delle risposte delle AS, che mostrano come l'articolazione con altre istituzioni sia stata un asse fondamentale di fronte alla mancanza di risposte da parte delle autorità, come si può vedere nella seguente trascrizione:

I contatti sono stati intensificati per telefono e tramite piattaforma, al fine di fornire loro alcune delle risorse messe a disposizione dagli Stati. Si articolò con istituzioni varie per poter dare risposte alle distinte necessità (con poco risultato delle stesse) e si ha lavorato coll'ascolto e la problematizzazione, riguardo diverse richieste. È importante sottolineare che gli interventi effettuati da AS hanno risentito della mancanza di risposte da parte dello Stato e quindi hanno prodotto un maggiore malcontento tra la popolazione. D'altra parte, ricevendo poche risposte dallo Stato, la comunità si è responsabilizzata e a questo ha partecipato anche il SS. (AS)

È stato quindi chiaro che la comunità è stata responsabilizzata, con gli AS che hanno accompagnato il processo, e sono state proposte linee d'azione per promuovere workshop (violenza, violenza di genere, educazione sessuale completa), accompagnamento e rinvii nei casi che lo richiedevano, proponendo una comunicazione virtuale più profonda (a condizione che le famiglie avessero internet); in questo senso, la comunicazione è stata considerata una sfida, essendo la sfida quella di pianificare uno schema di comunicazione che includesse gli studenti senza internet o con segnali deboli. Ma l'importanza di questa comunicazione doveva essere anche faccia a faccia, a causa della necessità di cibo o di farmaci per trattamenti specifici che alcune famiglie avevano: questo era il caso degli studenti delle isole, ad esempio, poiché la barca non arrivava regolarmente.

Le azioni specifiche sono state finalizzate a contattare le famiglie aggiornando i loro dati, il loro modulo di registrazione, l'iscrizione al fine di creare un nuovo database che includa i numeri

di telefono dei vicini amichevoli, le reti sociali e la rete di quartiere. Questo è chiaramente osservabile nella voce di una intervistata:

Come comunicare con i nostri studenti e con le loro famiglie, sapendo che la maggior parte di loro non ha accesso a internet, non ha dispositivi tecnologici adeguati alle esigenze, o ne ha uno solo per una famiglia numerosa, non ha telefoni fissi. (AS)

La difficoltà maggiore si è riscontrata con gli studenti del primo anno, in quanto hanno un impegno minore sia nei confronti dell'istituzione che del processo educativo. In genere si tratta di giovani e adulti che si iscrivono alla scuola dopo ripetuti fallimenti nel sistema educativo, quindi arrivano senza aspettative, per conoscere una nuova esperienza e vedere come vanno le cose. (AS)

Come spiegato sopra, la prima cosa da fare è stata pianificare la comunicazione, con gli studenti e le famiglie. Prima della pandemia, questo scambio avveniva naturalmente nelle scuole. La mia prima funzione come AS è stata quella di mettere insieme un'agenda di dati, organizzare le priorità, controllare i dati sui moduli di iscrizione alle scuole. Sono stati presi contatti con circa il 75% degli studenti del primo anno, alcuni per telefono, altri per telefono cellulare. È stata fornita una spiegazione sulla situazione e sul fatto che avremmo utilizzato i social network (Facebook e Instagram). Sono state condivise le attività accademiche e la possibilità di comunicare con i compagni assenti. (AS)

Il ruolo del AS come agente di prevenzione è emerso anche dalle interviste, oltre che dalla diffusione di abitudini igieniche, dall'uso di alcol disinfettanti e dalla distanza sociale, dal non condividere il tè (un'usanza molto radicata nel nostro Paese), da posti di lavoro con disposizioni diverse che prevedono due metri di distanza tra loro, tra l'altro, da cartelli di avvertimento e materiale informativo affisso su porte e pareti. Alcuni AS hanno agito usando il "senso comune" quando gli ordini non arrivavano in modo rapido e operativo. In molti casi, questo comportamento ha aiutato le persone a non farsi prendere dal panico.

Esperienza, apprendimento, proposte di formazione in Servizio Sociale

Sapendo che la realtà sociale è dinamica e complessa, gli intervistati ritengono che ci debba essere un forte quadro teorico per lavorare sulla ricerca-azione. In questo senso, il lavoro collettivo con altre istituzioni e *leader* locali, organizzazioni governative e non governative, così come l'ambito accademico offerto dall'università, tra gli altri, offrono molti punti di forza, secondo quanto espresso dalle intervistate:

Poter lavorare come professionisti nella progettazione delle Politiche Pubbliche dovrebbe essere un obiettivo da creare, siamo operatori che stanno tutto il tempo accanto a persone vulnerabili, anziane, private della libertà, in situazioni di strada, nelle scuole, nei Centri di Salute, nella Giustizia e altri che dovrebbero davvero ascoltare le informazioni che raccogliamo ogni giorno di lavoro. (AS)

Uno degli aspetti che gli AS rivalutano si riferisce alla "pianificazione", se la intendiamo come un processo che li costringe a riflettere sui modi migliori per stabilire buone pratiche, come una riflessione degli AS sulle diverse componenti della loro pratica, mettendo in gioco tutte le conoscenze che hanno tratto dalla loro esperienza nel ruolo, come espresso dagli intervistati.

Un altro aspetto emerso dalle interviste è che nei primi mesi di isolamento obbligatorio, il governo e le autorità del Ministero della Salute hanno cercato di incutere paura in qualche modo. Per le suddette autorità, i cittadini sarebbero direttamente responsabili del contagio. Trascurando l'attenzione alla sfera emotiva e psicologica, i risultati si vedono oggi. Gli AS nel loro complesso hanno aderito a diverse iniziative, che mostrano un nuovo modo di intervenire con nuovi protocolli, nuovi spazi fisici, diversi mezzi di comunicazione, digitalizzazione, reti e lavoro di squadra. D'altra parte, viene indicato ed evidenziato che è necessario lavorare sull'impatto della pandemia con un maggior numero di strumenti, per cui è importante lavorare su questi temi nelle Università che formano gli AS, nei Collegi professionali per avere metodologie specifiche per queste situazioni critiche, riflettendo e condividendo con i pari, avendo chiari i discorsi e dando priorità alla pratica professionale, sistematizzando le risorse accademiche, preparando leader professionali che possano intervenire e gestire non solo individualmente, ma in *team* di lavoro multidisciplinari, riconosciuti come un altro membro del *team* e non, come a volte accade, quando il loro ruolo perde visibilità.

Avere risorse, scambi professionali, la possibilità di avere dati organizzati sulle esperienze fatte sarebbe un altro aspetto da sviluppare. Un'altra considerazione da rivedere è quella di cambiare gli atteggiamenti che a volte persistono come assistenzialismo in primo luogo. (AS)

Oltre a quanto sopra, i dibattiti sul benessere, le posizioni assistenzialiste, messianiche o fataliste sfidano i professionisti perché ostacolano la loro pratica, afferma:

Dal punto di vista didattico, credo sia necessario rafforzare l'importanza del lavoro di gruppo e la necessità di avere un piano, comprendendo che non è statico e può essere modificato. (AS)

Cambiare gli atteggiamenti che a volte insistono nel rimanere nell'assistenzialismo, in primo luogo, è un'altra considerazione da rivedere, nelle pandemie, in alcune situazioni, si sono gestite solo le risorse materiali, perdendo la possibilità del colloquio faccia a faccia, dello sguardo, che nonostante la pandemia era spesso importante quanto il vaccino. Imparare a condurre e gestire senza team è molto più difficile nei momenti critici, anche la parte emotiva dell'Assistente Sociale deve essere curata. (AS)

CONCLUSIONI

Questa ricerca ha messo in evidenza l'importanza del *labor* sociale degli AS e, parallelamente, il loro impegno e la loro professionalità di fronte a situazioni come l'attuale pandemia.

Dopo aver analizzato le interviste e tenendo conto il ruolo, il *labor* sociale e il contesto in cui si è sviluppato questo campione, si può dedurre che le AS intervistate, secondo le loro informazioni, hanno avuto paura della pandemia e non hanno avuto una preparazione specifica per affrontarla, ma, dopo averne preso coscienza, emerge la necessità di raddoppiare gli sforzi per lottare per il miglioramento delle fasce più vulnerabili, da parte di una professione che giorno dopo giorno ha un punto di vista più scientifico che assistenziale, cercando di cambiare alcune situazioni, anche se parziali.

È stato difficile accettare una realtà completamente sconosciuta, l'incertezza di fronte a una malattia sconosciuta, in assenza di cura, con una grande morbilità, una reclusione difficile da accettare e informazioni disperate.

Le AS intervistate hanno vissuto momenti critici all'inizio e durante la pandemia a livello personale, familiare e professionale.

Hanno ritenuto che il tempo tra la presa di coscienza, rendersi conto di ciò che accadeva, e l'azione fosse troppo veloce. Hanno sofferto di fronte a notizie inquietanti e alle azioni poco chiare e mutevoli delle varie autorità sanitarie.

Anche il cambiamento nel loro modo di lavorare è stato scioccante: abbandonare i colloqui, le visite a domicilio e iniziare il telelavoro è stato un cambiamento drastico. Il fatto di non avere risorse sufficienti per soddisfare la domanda ha causato angoscia, oltre all'allungamento dell'orario di lavoro giornaliero.

Ogni AS sapeva come affrontare l'emergenza sociale, ma allo stesso tempo dava vita a un accompagnamento professionale, di fronte alla devastante situazione economica, alla mancanza di scolarizzazione per bambini e giovani, all'assistenza di anziani senza famiglia vicina e alla comparsa di un maggior numero di gruppi familiari senza alloggio.

Le diverse azioni sviluppate dalle AS di ciascuno dei servizi hanno contribuito a far sì che ognuna delle famiglie e dei soggetti fosse assistita, accompagnata emotivamente, fornendo la copertura che poteva essere fornita, sanitaria, nel dolore e facendo da collegamento tra le istituzioni e le persone di queste comunità.

È stato necessario combattere la burocrazia strutturale, la mancanza di forniture, le indicazioni e le controindicazioni permanenti e le contraddizioni.

Ogni AS ha lottato di fronte alle proprie paure, raggiungendo i limiti del lavoro e ampliandoli, sentendo stanchezza e solitudine.

In qualche modo il suo lavoro non è molto riconosciuto, nonostante le loro posizioni, il loro impegno e la loro etica siano talvolta apprezzati.

La sanità, l'istruzione e la giustizia hanno subito un deterioramento per diversi decenni, che è aumentato di fronte a questa grave situazione. È chiaro osservare come la popolazione in generale all'inizio del 2020 avesse fiducia nelle autorità, e con il tempo e alcune azioni commesse dal potere politico si è deteriorata e ha messo in discussione queste azioni o la mancanza di etica.

Si fa appello alla costruzione di un nuovo modello di *leadership* che sostituisca la cultura politica in generale proponendo il confronto con una cultura dell'incontro e del consenso, così necessaria nel contesto della crisi causata dalla pandemia di Covid-19.

È necessario portare allo stesso tavolo tutti gli attori del potere coinvolti nelle questioni centrali della vita della nazione e nello specifico gli assistenti sociali, che intervengono sul territorio, nella progettazione e pianificazione del loro lavoro e poter così pensare e sviluppare politiche pubbliche plurali, stabili nel tempo, che pongano le basi solide per responsabilizzare le famiglie e sviluppare l'autonomia nella loro vita quotidiana, indipendentemente dal colore politico del governo in carica.

Pertanto, da questo luogo in cui questo progetto di ricerca può essere indagato e condiviso, penso che debba essere profondamente interrogato, sapendo che l'intervento si costruisce a partire da queste domande, adattandosi a queste nuove complessità.

Per poter iniziare a pensare a questa malattia a partire da un'azione collettiva e da un approccio interdisciplinare, non si può pensare solo alla medicina, alla biologia o alla psichiatria,

in quanto si tratta di una malattia totalmente trasversale dal punto di vista sociale, con un alto impatto sia a livello individuale e singolare che a livello territoriale e, perché no, globale.

Infine, di fronte a questa possibilità di indagare, analizzare e condividere diverse esperienze internazionali che danno luogo a un apprendimento profondo, all'ammirazione, al rispetto e all'affetto tra i colleghi intervistati e i ricercatori, c'è un GRAZIE.

RIFERIMENTI

ALAYON N(2000). Acerca del Trabajo Social. Bs As Edit. Lumen Humanitas.

CAMÚS, J. D. (2016). Las emergencias sociales: Fundamentos e Intervención. Un abordaje desde una disciplina interdisciplinar. ACCI, Asociación Cultural y Científica Iberoamericana.

CONSTITUCION NACIONAL, REPUBLICA ARGENTINA.

Decreto 615/2020. Prórroga. Decreto 1055/2020. PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.) (BO 31/12/2020). Empleadores actividades de salud.

Decreto 300/2020. Prórroga. Decreto 1052/2020. PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.) (BO 29/12/2020).

DOUGLAS, M. (1996). La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales. Edit. Paidós.

HUSSERL, E. (1986). Ideas relativas a una fenomenología pura y a una filosofía fenomenológica. México: Edit. FCE.

KARSZ .S (2006). Pero que es el Trabajo Social. Vol. V. Facultad de TS.UNER.

KISNERMAN N, (1989). Teoría y práctica del T Social. Edit. Humanitas.

LEY 27.573. (BO 06/11/2020) LEY DE VACUNAS.

LEY 27.605. HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN ARGENTINA (BO 18/12/2020).

LOWEN A. (1985). El lenguaje del cuerpo. Barcelona: Edit. Herder

MINISTERIO DE SALUD : Disponible in: <<https://www.argentina.gob.ar/>>.

OMS: INFORME OUTRIGHT /2021. Panel de situación de la enfermedad por coronavirus (COVID-19).

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) Pag. Web, inicio.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2020). Statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Disponible en: <[https://www.who.int/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))>.

PERLS F. GOODMAN, P. y HEFFERLINE, R.F (2002). Terapia Gestalt: Excitación y Crecimiento de la Personalidad Humana. Madrid: Ed. Los Libros del CTP.

PRADO I. (2006). Dinámica de Grupos y Percepción Continua: Un modelo de intervención gestáltica en grupos de crecimiento personal. Cochabamba: Edit. CEGCO.

Prórroga del decreto 99/2019. LEY DE SOLIDARIDAD SOCIAL. Decreto 1057/2020. PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.) (BO 31/12/2020).

REVISTA TEXTOS & CONTEXTOS. Porto Alegre. v.6, n.1, p. 34-68. jan /junio 2007.

ROBLES C. (2013). Trabajo Social como elección profesional. Buenos Aires, Edit. Espacio.

SEJAS PRADO I. Psicólogo, escritor, docente universitario y presidente del PEN COCHABAMBA.

VYGOTSKYJ, L. (1989). El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Barcelona: Crítica.

Dati dell'autrice:

Diana Margarita Crisistelli, residente a Buenos Aires, Argentina.

Diploma in Servizio Sociale, con laurea in Gestione e Organizzazione E. Insegnante di Educazione Speciale e di Educazione Comune. Esperto giudiziario. Diploma post-laurea in Contesti detentivi. Giovani e adulti.

Lavoro di gruppo transdisciplinare nelle scuole primarie, secondarie, giovanili e per adulti fino al 1997.

Ispettore dell'educazione speciale (1997-2005) nella Provincia di Buenos Aires. Ispettore dei giovani e degli adulti (2006-2020) nel Distretto di Tigre, Buenos Aires. Attualmente in pensione.

BRASILE

Il servizio sociale brasiliano e la pandemia di Covid-19: Presa di Coscienza, Teoria e Prática

Alexandra Mustafá⁷
Elizabeth Alcoforado⁸
Gisele Caroline Ribeiro Anselmo⁹
Márcia Iara Costa da Silva Rego¹⁰
Ramiro Dulcich¹¹
Salyanna de Souza Silva¹²

INTRODUZIONE

La ricerca teoria e pratica del servizio sociale nel mondo in tempi di pandemia è stata sviluppata in Brasile con la partecipazione di 11 ricercatori legati alle seguenti università: Università Federale di Pernambuco - UFPE, Università Federale di Espírito Santo - UFES, Università Federale Fluminense - UFF, Università Federale di Paraíba – UFPB, Università di Pernambuco – UPE e Università Federale di Alagoas – UFAL.

In totale sono stati realizzati 25 programmi in cui sono stati intervistati 45 assistenti sociali degli stati di Pernambuco, Rio Grande do Norte e Alagoas, nella regione nord-orientale; Minas Gerais e São Paulo, dalla regione sud-est e Amazonas, dalla regione nord del paese, come si può vedere nel grafico 1.

La maggior parte dei professionisti intervistati è concentrata nello Stato del Pernambuco, compresi i professionisti che lavorano nella Regione Metropolitana di Recife e nell'interno dello Stato, nelle città di Recife, Moreno, Jaboatão, Paulista, Garanhuns, Vitória de Santo Antão, Gravata e Caruaru. I professionisti del Servizio Sociale lavorano, rispettivamente, nei seguenti spazi socio-lavorativi: Salute – 51%; Assistenza – 14%; Gerontologia sociale – 13%; Istruzione – 11%; Sicurezza sociale – 5%; Socio-legale – 2% e Risorse Umane – 2%. (Grafico 2).

⁷ Professora da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e Coordenadora da pesquisa da qual o presente livro é um dos frutos.

⁸ Professora da UPE (Universidade de Pernambuco).

⁹ Professora da UFPB (Universidade Federal da Paraíba).

¹⁰ Professora da UFAL (Universidade Federal de Alagoas).

¹¹ Professor da UFF (Universidade Federal Fluminense).

¹² Professora da UFES (Universidade Federal do Espírito Santo).

Grafico 1 - Distribuzione Geografica dei Professionisti intervistati nel Programma Crivando a Pandemia

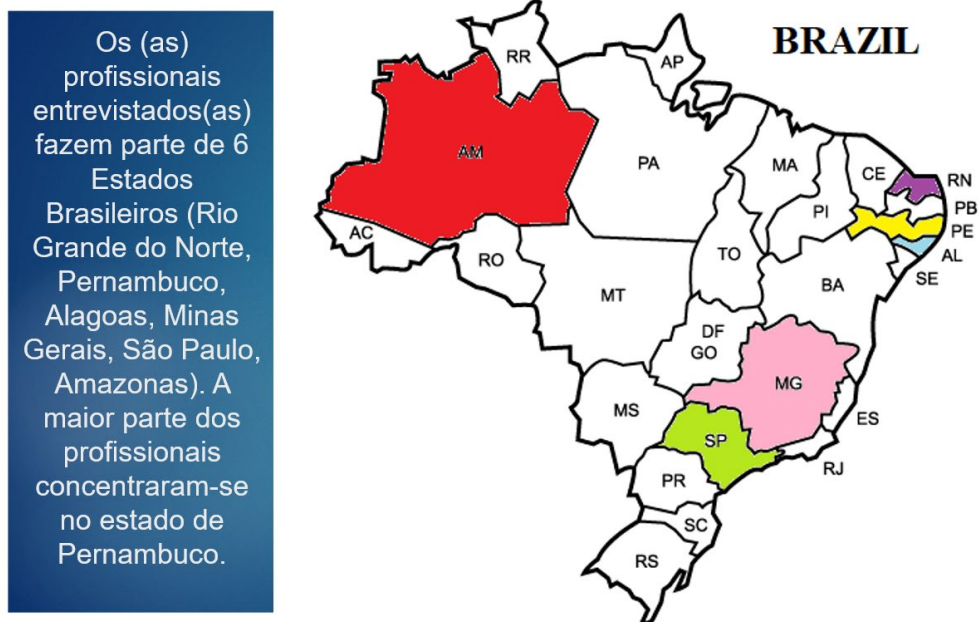
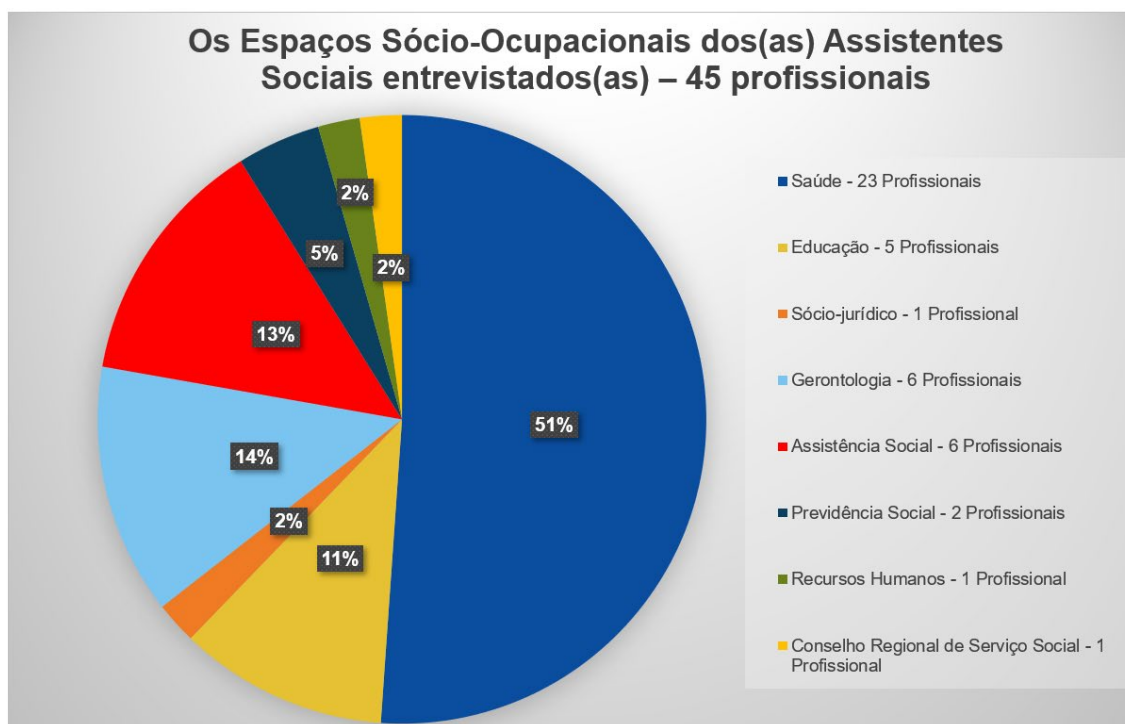


Grafico 2 - Spazi socio-professionali dei Professionisti intervistati nel Programma Crivando a Pandemia



Si riassume qui l'analisi delle suddette interviste, realizzata dal team di ricercatori brasiliani.

Si è iniziato con la sistematizzazione delle categorie centrali della ricerca: la presa di coscienza della gravità della pandemia, le azioni sviluppate dagli assistenti sociali per fronteggiare la pandemia e, infine, le lezioni che la riflessione di questa esperienza porta alla formazione nel Servizio Sociale, nel confronto con disastri e pandemie e per la vita professionale e personale degli intervistati. Per la sua efficacia è stato creato il Programma “Crivando a Pandemia”, trasmesso attraverso il Canale IASSW-BRASIL¹³, la cui Playlist è disponibile su YouTube¹⁴.

1. Presa di coscienza della gravità e letalità della pandemia

Il Programma Crivando a Pandemia ha avuto un'importante rappresentanza per gli intervistati. Dalle dichiarazioni rilasciate durante le interviste è emerso che il programma ha costituito un momento fondamentale per chi è stato immerso nella pratica del lavoro di sfida durante la pandemia, come assistente sociale. Si diceva, ad esempio, che il Programma fosse molto importante, come afferma Luana Andrade:

[in] un momento di riflessione sulla pratica, in questo momento molto instabile, di crisi sanitaria, crisi umanitaria, caos sociale e crisi politica ed economica. È molto importante per noi avere piccoli momenti di riflessione, anche per ravvivare le nostre forze e ripensare la nostra pratica.¹⁵

Vale anche la pena di considerare che la sequenza di domande ha fornito l'occasione per ricordare il processo pandemico, così come si è concretizzato, come movimento mnemonico, in cui l'intervistato si è posto in una posizione mentale in grado di valutare quel processo automatico dentro di sé, presa di coscienza della propria vita e si è soffermato a riflettere, in uno sforzo di auto-osservazione cognitiva, in cui ha recuperato il momento in cui ha avuto notizie e il momento in cui ha preso veramente coscienza della situazione di gravità e letalità della pandemia.

Dai dati emerge che l'acquisizione delle conoscenze è avvenuta, in genere, attraverso i media (televisione, informatica - Facebook, Whatsapp, ecc. e giornali). La notizia è stata trasmessa come se si trattasse di un virus contagioso di origine sconosciuta, inizialmente diffuso nella città di Whuan in Cina, nel dicembre 2019. Questa prima versione dei fatti ha portato la popolazione brasiliana a pensare che fosse qualcosa di lontano e che non potesse raggiungere il Brasile. Quando

¹³ Il canale IASSW-BRASIL è stato creato nel 2020 per fungere da strumento di dialogo tra l'Associazione internazionale delle scuole di lavoro sociale (IASSW/AIETS) e il servizio sociale brasiliano, con l'obiettivo di veicolare informazioni, dialoghi, vite, programmi, video del Servizio Sociale Mondiale e Nazionale, al fine di contribuire in modo determinante al processo di globalizzazione e internazionalizzazione del Servizio Sociale. Su questo Canale, oltre al Programma Crivando a Pandemia, si sono già svolte vite come "IASSW-ABEPSS: relazioni in espansione", con la partecipazione della Presidente di IASSW - Annamaria Campanini, del Presidente di ABEPSS - Rodrigo Teixeira, il Rappresentante delle Relazioni Internazionali – Ramiro Piccolo; Vite per il lancio dei libri prodotti all'interno del GEPE (Gruppo di Studi e Ricerche sull'Etica); Vite di pronuncia delle posizioni IASSW su disuguaglianze e diritti umani, Seminari con la partecipazione di Intellettuali italiani e brasiliani su altre ricerche sviluppate nell'ambito del GEPE e Programmi su temi legati al lavoro sociale brasiliano e mondiale

¹⁴ Cfr: <https://www.youtube.com/playlist?list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3>.

¹⁵ Programa Crivando a Pandemia N° 05. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Zv18QKkPnC4>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

la notizia che il virus aveva iniziato a diffondersi in Europa, in particolare in Italia, ha suscitato apprensione sulla possibilità che si diffondesse rapidamente anche nel nostro Paese, ma questo non è stato immediatamente allertato dalle autorità sanitarie, nazionali o mediatiche televisive. Vale la pena notare che, secondo la Pan American Health Organization (PAHO),

Il 30 gennaio 2020, l'OMS ha dichiarato che lo scoppio del nuovo coronavirus costituisce un'emergenza sanitaria pubblica di rilevanza internazionale (PHEIC) - il livello di allerta più alto dell'Organizzazione, come previsto dal Regolamento sanitario internazionale [e che] l'11 Nel marzo 2020, il COVID-19 è stato caratterizzato dall'OMS come una pandemia.¹⁶

Questi dati sono importanti per dimostrare che, da un lato, l'azione intrapresa dalle autorità di governo è stata tardiva, contraddittoria e inefficace, rispetto a quanto diffuso dall'OMS e, dall'altro, per dimostrare la grande capacità di previsione e atteggiamento di azione preventiva da parte degli assistenti sociali intervistati.

Il 3 febbraio 2020 l'Ordinanza 188¹⁷ del Governo Federale riconosce lo stato di ESPII, ma lo stesso Governo non riconosce la gravità di tale allerta, mentre non ha risposto tempestivamente e positivamente alle raccomandazioni dell'OMS che prevedono misure profilattiche da attuare dallo Stato al fine di prevenire o ridurre la diffusione della malattia. Lo dimostrano le dichiarazioni rilasciate alla stampa e il fatto che i festeggiamenti carnevaleschi si sono svolti in Brasile senza alcuna misura precauzionale, per quanto riguarda il controllo dell'ingresso di turisti attraverso aeroporti, crociere e porti e che la popolazione è stata esposta al rischio di contagio per assembramento e contatto, soprattutto con gli stranieri che sono entrati nel paese per partecipare al Carnevale. A tal proposito, ad esempio, un importante portale di notizie brasiliano riportava, sulla base di una dichiarazione dell'allora ministro della Salute, Luiz Henrique Mandetta, nel gennaio 2020 che:

[...] il ministero della Salute afferma inoltre che, finora, non è stato rilevato alcun caso sospetto in Brasile di polmonite indeterminata correlata alla situazione che si verifica in Cina. La cartella informa che sta effettuando un monitoraggio quotidiano della situazione con l'OMS e che ha attivato una centrale operativa di emergenza per monitorare possibili casi sospetti. Tra le azioni già adottate, la notifica dell'area di porti, aeroporti e frontiere dell'Anvisa, le segnalazioni all'area di sorveglianza della Carta (Ministero dell'Agricoltura) e la notifica alle segreterie sanitarie. Al momento non ci sono restrizioni di viaggio consigliate. (Folha de São Paulo Data: 26/01/2020).¹⁸

Il virus può agire diversamente in Cina, nel bioma, nell'ecosistema cinese rispetto al Brasile, che è un paese tropicale, che è estivo, abbiamo il sole, la temperatura elevata. Abbiamo alcune domande senza risposta, ma il momento è di calma, tranquillità, ha

¹⁶ OPAS. **Histórico da Pandemia de COVID-19**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>. Acesso em: 23 jan. 2022.

¹⁷ Diário Oficial da União. Publicado em: 04/02/2020, Edição: 24-A, Seção: 1 – Extra, Página: 1. Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>>. Acesso: 23 jan. 2022.

¹⁸ FOLHA DE SÃO PAULO. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/01/bh-diz-ter-caso-suspeito-de-coronavirus-mas-ministerio-da-saude-diz-que-e-alarme-falso.shtml>>. Acesso em: 23 jan. 2022.

spiegato. [...] Il carnevale è una preoccupazione. Abbiamo centinaia di navi che arriveranno sulle nostre coste durante il Carnevale, abbiamo voli internazionali. Non esiste una raccomandazione specifica. La raccomandazione è di lavarsi le mani, fare più igiene possibile. Ad ogni modo, abbiate buon senso perché c'è un nuovo virus nel mondo. Non c'è modo per noi di fermare la vita, diceva Mandetta.¹⁹

Tali linee guida errate, provenienti dalla massima autorità governativa in materia di salute, hanno lasciato la popolazione poco informata e senza un riferimento sicuro per sapere come comportarsi di fronte a quel fenomeno, poiché anche i media hanno assunto un atteggiamento non scientifico e divulgatore di senso, provocando un panico generalizzato che si è diffuso anche tra i professionisti, come affermato da Kylvia Martins:

la mia maggiore presa di coscienza di questa pandemia è arrivata al momento di questo bombardamento di informazioni. Quindi quello che è arrivato qui per noi è stato: cosa sta succedendo? Molti decessi nelle persone con malattie croniche e molti decessi negli anziani ricoverati. Questo mi colpirebbe direttamente. Quindi, come donna che ha malattie croniche, la paura era terribile. La mia paura di morire, di lasciare mia figlia, di come avrei vissuto, di sopravvivere di fronte FOLHA DE SÃO PAULO. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/01/bh-diz-ter-caso-suspeito-de-coronavirus-mas-ministerio-da-saude-diz-que-e-alarme-falso.shtml>>. Acesso em: 23 jan. 2022. a ciò che stava accadendo. Ma poi è arrivata anche la mia paura da professionista. [...] perché queste informazioni erano direttamente all'interno del mio spazio di lavoro.²⁰

Tuttavia, contrariamente a questa mancanza di azione, a livello governativo, gli assistenti sociali hanno rivelato il loro senso di precauzione e la loro visione della totalità, in quanto, di fronte all'evidenza dei fatti, si sono espressi nelle squadre di lavoro, nella famiglia, ecc. con la presa di coscienza che il virus possa raggiungere il Brasile:

iniziato lì a Wuhan, qualcosa di molto piccolo, ma quando ho visto le misure che sono state prese [1. Bloccare le città; 2. Quarantena; 3. Allerta con Drone; 4. Costruzione di Ospedali temporanei; 5. Sospensione della vendita di farmaci; 6. Riciclaggio (pulizie)]: la costruzione degli ospedali, la questione del lockdown, indossavano già le mascherine, già si parlava di barriere, di chiusura degli aeroporti, tutto un provvedimento, tutta una pianificazione perché il virus non si diffondesse. In quel momento ero sicura che fosse qualcosa che avrebbe davvero raggiunto il mondo intero.²¹

Ero in dubbio sulla veridicità delle informazioni sulla gravità del problema. Non si sapeva davvero cosa stesse succedendo. Sapevo che all'epoca era un'epidemia; limitata a quella regione asiatica e ho visto che facevano la quarantena lì ed ero un po' in ansia, ma ho pensato che sarebbero stati in grado di contenerla. Ma quando l'Europa ha chiuso

¹⁹ UOL. **Ministro: coronavírus preocupa no Carnaval, mas não tem como parar a vida...** Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/01/31/ministro-coronavirus-preocupa-no-carnaval-mas-nao-tem-como-parar-a-vida.htm>>. Acesso: 13 maio 2022.

²⁰ Programa Crivando a Pandemia N° 13. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=NE5bdRC7pAc&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=13>. Acesso em: 24 jul. 2022.

²¹ GAZETA DO POVO. **6 medidas incomuns adotadas pela China para conter o coronavírus.** Por Isabella Mayer de Moura 17/02/2020. Disponível em: <<https://www.gazetadopovo.com.br/mundo/6-medidas-incomuns-adotadas-pela-china-para-conter-coronavirus/>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

i suoi confini agli asiatici, mi sono reso conto che era molto più grave di quanto pensassi e che il virus circolava oltre i confini nazionali e che se non fossero state prese misure di contrasto, avrebbe raggiunto facilmente il Brasile. Ho chiamato un amico assistente sociale che ha una famiglia in Italia per chiedergli cosa stesse succedendo lì. Mi dice che era disperata e che le persone lì erano chiuse in casa, incapaci di uscire...poi ho pensato a cos'è una quarantena. Ero molto arrabbiato. Quando le persone hanno iniziato a parlare di 400 morti al giorno in alcuni luoghi, sapevo che sarebbe arrivato anche da noi e l'ho detto alla mia famiglia. Mi hanno risposto che dovevo calmarmi. non si era ancora dichiarata pandemia, ed ero fiduciosa che sarebbe rimasta regionalizzata, ma quando è accaduta la crisi funeraria in Ecuador, con i morti nelle strade, sono andata in panico. Troppo panico. Mi chiedevo come, con un governo come questo, avremmo affrontato la situazione. Fu allora che iniziai a prepararmi; prendi maschera, alcol, tutto! Poi, quando l'OMS ha dichiarato una pandemia, e l'impatto è stato il decreto di blocco.²²

Gli assistenti sociali hanno capito che gli aeroporti avrebbero dovuto essere chiusi e le festività affollate, come il Carnevale, avrebbero dovuto essere cancellate. Gli assistenti sociali che operano nell'area della salute e dell'istruzione, in particolare negli ospedali che fanno riferimento alle malattie infettive o all'epidemiologia, sono stati i più capaci di prevenzione, poiché hanno portato con sé l'esperienza di vivere in situazioni endemiche e pandemiche, come spiegato nelle testimonianze degli assistenti sociali. :

Ho lavorato in un ospedale per malattie infettive in un ospedale di riferimento per 8 anni; quindi, ho sviluppato una certa familiarità con le malattie infettive. Ho sperimentato la malattia H1N1 nel 2009. Quindi ho immaginato che sarei arrivato qui e come operatore sanitario abbiamo già parlato molto, quindi eravamo consapevoli che c'era un'altissima probabilità di arrivare qui visto che il Brasile non aveva preso alcuna misura di chiusura delle frontiere, e la grande paura era come sarebbe stata, vista la precaria struttura dei servizi sanitari... Abbiamo guardato le nostre attrezzature e in preda al panico, per la mancanza di capacità dello Stato di offrire attrezzature di sicurezza, abbiamo visto una realtà in Cina ed Europa, e abbiamo visto che non avremmo questa forza lavoro - non dobbiamo più affrontare malattie come la tubercolosi e la lebbra, la dengue, quindi... Ero già molto vigile. A febbraio, a Carnevale, parlavo un po' con i miei amici e poi le cose possono mettersi male.²³

Il primo decesso in Brasile è avvenuto il 17 marzo 2020. Il primo decesso a Pernambuco è stato notevole, sapevamo che ha colpito gli anziani e la notizia è stata allarmante. L'esempio dell'Italia ha dipinto un quadro terribile per il Brasile. Abbiamo creato una rete di solidarietà all'Università e al programma Family Health, dove erano presenti diversi sanitari. Da quel momento in poi vivemmo in una situazione permanente di sorveglianza sanitaria ed epidemiologica... dicevano che avremmo avuto più di 400.000 morti in Brasile. Ho pensato che la cosa sarebbe stata piuttosto pesante. Ho cominciato ad immergermi nella ricerca in corso nelle scienze della salute e nelle scienze sociali, i discorsi dei sanitari del gruppo, che stimavano 600.000 morti; sembrava qualcosa che

²² Programa Crivando a Pandemia N° 13. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=NE5bdRC7pAc&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=13>. Acesso em: 24 jul. 2022.

²³ Programa Crivando a Pandemia N° 15. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=7AUgJvZXOs8&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=15>. Acesso em: 24 jul. 2022.

non era reale e concreto. Ho capito che il 2020 sarebbe stata una vita remota per chi è sopravvissuto, come noi; vita a distanza, lavoro a distanza, vita solitaria e, allo stesso tempo, sarebbe stato un anno di inimmaginabili perdite umane e di sconvolgimento della società come la conoscevamo. Ho capito che era una crisi che non avevo mai visto prima.²⁴

La presa di coscienza, infatti, è avvenuta per molti intervistati quando è stato emanato il Decreto dei Governi dello Stato e, per altri, è avvenuta quando hanno cominciato a manifestarsi i primi casi della malattia, soprattutto dopo il Carnevale. Per quanto riguarda il decreto del governo, sappiamo che è stato quello che ha stabilito il lockdown, la chiusura degli istituti scolastici e dei servizi non essenziali, ha definito il lavoro a distanza come misura obbligatoria, nonché il divieto di assembramento e ha istituito misure preventive come l'uso di maschere e gel alcolico.

A questo punto è opportuno fare riferimento alle considerazioni di Paulo Freire sul processo di presa di coscienza o di coscienza. In questo processo possiamo dire che, inizialmente, l'essere umano realizza il gioco dialettico uomo-mondo, perché è in questo rapporto, nel lavoro, nella prassi che l'uomo prende coscienza di sé, del mondo e degli altri. E questo avviene simultaneamente, perché la coscienza non precede il mondo e il mondo non precede la coscienza perché, sebbene il mondo sia esterno alla coscienza, esso, nella sua essenza, è relativo ad essa. La coscienza del mondo influenza il mondo della coscienza. Quindi, la coscienza umana è definita dalla sua intenzionalità, è sempre presa di coscienza di qualcosa, ha sempre un obiettivo. La coscienza non è sempre rivolta al mondo, a volte è destinata a se stessa – l'essere umano ha la capacità di essere consapevole della propria coscienza: è un essere in una situazione, perché pensare alla sua situazione è necessario affinché l'uomo prenda coscienza come un essere di prassi che, in relazione al mondo, si può trovare in tre diverse fasi: immersione, emergenza e inserimento. Il primo momento è caratterizzato dal fatto che l'uomo è totalmente coinvolto dalla realtà; non riesco a pensarci. Nel momento dell'emergere si osserva la capacità umana di prendere le distanze dalla realtà, ammirandola e oggettivandola, e nell'inserimento l'uomo ritorna alla realtà per trasformarla attraverso la sua prassi.

Possiamo così caratterizzare quel momento di panico come un momento di immersione, a cui segue un distacco dalla realtà per coglierla criticamente e, in seguito, diventare un momento di azione, di intervento sul reale.

Questi tre momenti, nella realtà brasiliana, sono stati vissuti diversamente. Per coloro che si sono limitati all'informazione mediatica e al negazionismo del governo, sembra che non siano andati oltre la fase di immersione. Ma il passaggio alla fase di emergenza è avvenuto, a volte, con il contatto reale dei casi nelle famiglie, i decessi di parenti e amici, l'accumulo di casi negli ospedali. Anche per gli assistenti sociali questa realtà è stata vissuta in modo molto doloroso. Secondo l'assistente sociale Anna Luiza Liberato:

Questa presa di coscienza è stata velocissima perché è stato anche un momento di sopravvivenza, non solo per svolgere il nostro lavoro nei servizi sanitari, accogliendo famiglie molto disperate e dovendo pensare a nuovi protocolli nel contesto e velocissima perché era urgente pensare a nuovi protocolli assistenziali di sicurezza all'interno

²⁴ Programa Crivando a Pandemia N° 2. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=HHNvbRmHdEo&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=2>. Acesso em: 25jul. 2022.

dell'ospedale e anche in altri spazi. Quindi penso che questa presa di coscienza sia che non abbiamo nemmeno il tempo, ma era qualcosa che ci chiedeva perché era una questione di sopravvivenza, anche perché non avevamo ancora un vaccino.²⁵

Il negazionismo del governo federale è stato fondamentale per impegnare gli Stati e i Comuni per ad assumersi l'onere e la responsabilità di creare misure preventive, di monitoraggio e di cura durante il periodo della pandemia. Il primo provvedimento adottato dagli Stati è stato l'emanazione di Decreti che, tra gli altri aspetti di indirizzo per fronteggiare la pandemia, hanno stabilito definitivamente l'isolamento sociale e la chiusura di tutti gli istituti di istruzione elementare, secondaria e superiore, e di tutti gli esercizi commerciali (ad eccezione dell'alimentare, del farmaceutico e dell' informatico) e ha stabilito la priorità assoluta per gli ospedali nella gestione dei casi di Covid, limitando l'assistenza sanitaria di base e le malattie croniche alle UPA e agli ospedali di minori dimensioni. A Pernambuco il Decreto n. 48809 è stato emanato il 14 marzo 2020, a seguito delle raccomandazioni del Ministero della Salute, del 13 marzo 2020, che hanno guidato il periodo di emergenza in sanità pubblica, il rinvio o la cancellazione di manifestazioni di massa governative, sportive, culturali e/o politiche, nonché crociere turistiche. Vale la pena notare che queste misure hanno fatto seguito alla dichiarazione ufficiale dell'OMS, emessa l'11 marzo 2020, che ha classificato il Covid-19 come pandemia. Secondo Delaine Melo e Lorena da Silva (2021),

L'instabilità del Ministero della Salute, esemplificata dal successivo cambio di ministri nei primi quattro mesi della pandemia e dai discorsi discutibili, si è tradotta in disarticolazione e mancanza di coordinamento tecnico, evidenziata dall'assenza di leadership nazionale e di azioni congiunte con lo Stato e le amministrazioni comunali. . Rodrigues e Azevedo (2020) ritengono che le operazioni sanitarie, compreso il processo di immunizzazione, siano dipese (e dipendano tuttora) da questa articolazione tra enti federativi e sarebbero fondamentali per mitigare e controllare l'epidemia nel territorio nazionale. Nelle parole del professore di salute collettiva all'Unicamp [pubblicate su *Veja Magazine*, 2020], Gastão Wagner, "abbiamo diversi picchi di coronavirus in diversi periodi in Brasile, e solo una gestione centralizzata sarebbe in grado di fermare questa tendenza". (Idem)

Vale la pena ricordare che questo ha rappresentato, per molti operatori sociali e, per la popolazione in generale, il momento decisivo per prendere coscienza della gravità della situazione, in quanto ha stabilito l'interruzione del lavoro in presenza e l'adozione di lavoro a distanza, o la situazione di disoccupazione diffusa. Questo perché "il lavoro sembra essere un aspetto così importante della nostra vita che è sul lavoro che diventiamo consapevoli di questo processo che tanto ha colpito l'umanità".²⁶

²⁵ Programa Crivando a Pandemia N° 25. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=hVWIFgjSsBA&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=25>. Acesso em: 24 jul. 2022.

²⁶ Programa Crivando a Pandemia N° 5. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Zv18QKkPnC4&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=5>. Acesso em: 24 jul. 2022.

Sappiamo però che le risorse di Stati e Comuni sono insufficienti per far fronte a tale domanda. Nel caso dello Stato di Amazonas, abbiamo avuto una situazione molto particolare di mancanza di ossigeno negli ospedali, una richiesta che lo Stato non è stato in grado di soddisfare e che, ricorrendo al governo federale, la risposta è stata data in ritardo e con disattenzione, che ha comportato la perdita di molte vite sia degli operatori sanitari che della popolazione generale. Questo fatto ha suscitato commozione nazionale, poiché le testimonianze emotive degli operatori sanitari hanno rivelato il dolore e la testimonianza di vedere i pazienti morire per mancanza di una risorsa che dovrebbe essere fondamentale e indispensabile negli ospedali e nei centri sanitari, come presentato sopra. E tutto ciò è dovuto a quello che convenzionalmente viene chiamato negazionismo da parte del governo federale. Ma cos'è esattamente il negazionismo, come si è manifestato e in che modo ha influito negativamente sulla presa di coscienza e sull'azione della popolazione di fronte al Covid?

1.1. La presenza del negazionismo nella pratica degli assistenti sociali

La nozione di negazionismo deriva dal campo della storia. Indica “la scelta di negare la realtà come via di fuga da una scomoda verità”²⁷, ovvero si tratta di fatti storici che si verificano in situazioni di confronto diretto tra attori interessati ad accumulare senza scrupoli potere e metodi scientifici, creando pseudo-argomentazioni che arrogarsi il diritto di mettere in discussione anche eventi o realtà ben documentati da ricerche affermate e confermate dalla comunità scientifica in più occasioni. Pertanto il negazionista rifiuta di accettare l'autorità della comunità scientifica e la confronta con argomenti semplicistici tratti dal buon senso. Il negazionismo è un fenomeno tipicamente ideologico complesso, nel senso di un insieme di false idee, con cui Marx ha concettualizzato il termine ideologia. È uno strumento di attacco dei gruppi reazionari e viene utilizzato nei momenti strategici in cui tali gruppi considerano che esiste una buona opportunità per acquisire potere creando intrighi tra gli ignari contro i loro avversari. Nelle crisi globali, questo espediente ingannevole può essere maggiormente utilizzato, soprattutto quando vengono alla luce aspetti della realtà fino ad allora “sconosciuti”. Pertanto, è comprensibile il motivo per cui, in questo momento della nuova pandemia di coronavirus, i discorsi negazionisti si sono diffusi nelle società.

Il carattere alienante del negazionismo si avvale del fatto che la popolazione generale non ha un'adeguata formazione scientifica e quindi non potrebbe conoscere adeguatamente gli strumenti per misurare la validità e il rigore necessari per considerare un insieme di affermazioni autentiche o non autentiche. Tanto meno le masse tenute nell'ignoranza hanno la capacità di esprimere un'opinione sulla misura in cui la scienza è, o non è, la via adeguata per la ricerca collettiva di soluzioni ai problemi dell'umanità. L'individuo coinvolto dall'azione negazionista vede la sua visione intellettuale falsificata dalle fallacie che essa articola nel suo campo cognitivo, impedendogli di analizzare la realtà e di darne un'opinione coerente e autonoma. Lavoriamo sull'omissione dell'informazione, sullo spostamento degli scenari, sul disturbo della comprensione fisico-spaziale e concettuale dell'individuo stesso. Tutto questo, quando diventa qualcosa che si diffonde nella collettività, infettando le letture del mondo degli individui, con conseguenze dannose e perfino fatali per la popolazione. Storicamente, il negazionismo ha la sua origine nell'antichità greca, più precisamente in un espediente pseudo-intellettuale, creato da una delle

²⁷ JORNAL DCI. **Entenda o que é Negacionismo e porque a palavra tem sido usada.** Disponível em: <<https://www.dci.com.br/dci-mais/noticias/brasil/entenda-o-que-e-negacionismo-e-porque-a-palavra-tem-sido-usada/82511/>> Acesso em: 25 jan. 2022.

correnti sofisticate dell'antica Grecia. Si tratta dell'eristica, ormai riconosciuta nel campo della filosofia come tecnica per disturbare lo sviluppo degli studi scientifici introducendo in essi testi confusivi.²⁸

Il fenomeno del negazionismo non è nuovo, risale agli anni '40, quando si cercava di dimostrare l'incolpevolezza della Germania per la seconda guerra mondiale. Ciò è avvenuto per banalizzazione, giustificazione o addirittura negazione dell'esistenza dei campi di sterminio e dell'olocausto. Il principio del negazionismo, come suggerisce il nome, è invalidare la realtà semplicemente negandola. In Brasile, il presidente Jair Bolsonaro ne è il grande promotore, trasformando il negazionismo in politica statale. Non solo nega che ci sia stata una crisi economica prima della pandemia, ma rifiuta anche di accettare prove scientifiche, statistiche e di buon senso, indicando che il covid-19 non è altro che una semplice "piccola influenza".²⁹

I suoi principali alleati sono i media televisivi, i giornali e le Fake News³⁰, che sono i mezzi di comunicazione più accessibili alla popolazione. Nel caso della realtà brasiliana, rispetto alla situazione pandemica del Covid-19, il discorso negazionista è stato portato avanti dal suo massimo rappresentante - il presidente Jair Bolsonaro e ha trovato forte adesione nel fondamentalismo religioso protestante che, oggi, mantiene una forte ingerenza nei tre poteri dello Stato e un grande potere di penetrare nelle comunità più povere come le favelas. Contrariamente a quanto ci si aspetta dal giornalismo responsabile, i media brasiliani hanno svolto un ruolo nella diffusione del senso comune³¹ e del negazionismo che inizialmente hanno promosso un panico generalizzato e, successivamente, l'adozione di pratiche e atteggiamenti irresponsabili di fronte alla tragica situazione di morte che è avvenuta nel paese. Gli atteggiamenti più frequenti del negazionista sono stati individuati nella ricerca condotta da Fiocruz³², e si esprimono, in ordine decrescente di intensità, nelle seguenti posizioni:

Credere nella malattia come strategia politica; Credere che COVID-19 sia una bufala;
Credere nell'insegnamento di metodi casalinghi per prevenire la diffusione del nuovo

²⁸ Cfr.: ANTISERI, Dario; REALE, Giovanni. **Filosofia: Antiguidade e Idade Média**. Vol. I. São Paulo: Paulus, 2017, p. 78. Dove si spiega l'origine sofistica degli eristi: “[...] l'arte di disputare le parole, con lo scopo di contestare se stessa. Gli eristi escogitarono una serie di problemi, imposti per prevedere possibili risposte in ogni situazione, dilemmi che, in qualunque modo venissero risolti, in senso affermativo o negativo, sfociavano sempre in risposte contraddittorie, abili giochi di concetti costruiti con termini che, perché a causa della loro versatilità semantica, mettono sempre l'ascoltatore in una posizione di scacco matto.

²⁹ CONTI, Silvana. **O negacionismo como estratégia política**. Sul21, 2020. Disponível em: <<https://sul21.com.br/opiniaio/2020/06/o-negacionismo-como-estrategia-politica-por-silvana-conti/>>. Acesso em: 25 jan. 2022.

³⁰ SILVA, Cíntia. TEMPOS DE PANDEMIA: Fake news, negacionismo e atuação ético-política do(a) assistente social. In: **Cadernos GEPE**, V1, n.1. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernosgepe/article/view/252885>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

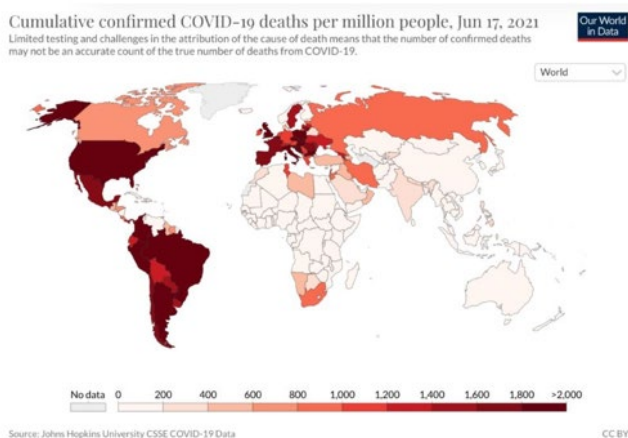
³¹ Para mais informações sobre a relação entre a mídia e o senso comum Cfr. Artigo de autoria de Alexandra Mustafá - *Ética, ciência, pandemia e serviço social*, publicado na Revista Cadernos GEPE. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernosgepe/index>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

³² Para mais informações sobre a relação entre a mídia e o senso comum Cfr. Artigo de autoria de Alexandra Mustafá - *Ética, ciência, pandemia e serviço social*, publicado na Revista Cadernos GEPE. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernosgepe/index>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

coronavirus; Difendere l'uso di cloroquina e idrossicloroquina senza prove di efficacia scientifica; Resistere al distanziamento sociale, essendo contrario; Affermare che il nuovo coronavirus è stato creato in un laboratorio; Sostenere l'uso dell'ivermectina come cura per la malattia; Rifiutare l'uso di maschere; Essere contrari all'uso del gel alcolico; Dichiarare che la causa di morte dei parenti è stata cambiata in COVID-19; Dichiarare il nuovo coronavirus una teoria del complotto; Credere nella diffamazione dei politici; Essere l'obiettivo di ciarlataneria religiosa, con il tentativo di vendere manufatti per curare la malattia. (Idem)

Trattandosi di una vera e propria ideologia (nel senso marxiano del termine), il discorso negazionista è stato ampiamente accettato dalla popolazione più povera e più lontana dall'accesso a informazioni scientificamente provate. L'impatto dannoso di questa posizione è stato rivelato dall'imperdonabilmente esacerbato tasso di mortalità in Brasile, che attualmente si attesta a 616.018.000, secondo solo agli Stati Uniti, che hanno una cifra di 701.514.000 morti. Questa tabella rivela che nei paesi in cui il negazionismo è stato il fiore all'occhiello delle misure per affrontare (o non affrontare) il Covid-19, il record di morte macchia la mappa del mondo con i colori della concentrazione del disastro vissuto, secondo i dati resi disponibili da Ivanildo Oliveira Filho e Luanna Melo (2021), nella mappa qui sotto.

Mapa 1 – Distribuição do número de mortes por covid-19 no mundo



Fonte: OUR WORLD IN DATA/DIVULGAÇÃO

Dal punto di vista della pratica professionale degli assistenti sociali, “la preoccupazione non è solo di contenere il virus, ma anche di contenere e negare informazioni false, pregiudizievoli e dannose” (SILVA, 2021), secondo la seguente affermazione:

[I mesi] di aprile e maggio sono stati un periodo di molti decessi, sia per casi confermati da covid che per casi sospetti e quindi è stato molto difficile assistere le famiglie. Innanzitutto perché la famiglia non ha partecipato al ricovero a causa del contagio. Quindi non vedi il tuo parente che è morto, questo danneggia anche questo processo di lutto e le famiglie ci cercavano così disperate! Mi sono reso conto che c'erano fondamentalmente due tipi di comportamento: il familiare chi si sentiva in colpa per aver trasmesso il virus [...] e i familiari che non credevano che un parente avesse il virus,

e quindi era molto difficile per noi un approccio per risolverlo con la famiglia, per discuterne con la famiglia.³³

Il negazionismo è un fenomeno che si diffonde come strategia, soprattutto da parte dei governi di estrema destra, come in Brasile, come scusa perché lo Stato non si assuma le proprie responsabilità di fronte alle immense richieste che la pandemia provoca. Si tratta infatti di rafforzare la tendenza neoliberista che le società capitaliste stanno adottando, nel senso di conservare le opzioni fatte, anche prima della pandemia, per alimentare il processo di accumulazione capitalistica delle classi privilegiate e dei datori di lavoro, a scapito degli investimenti pubblici .che, in definitiva, dovrebbe essere la ragione stessa dell'esistenza dello Stato. Il caso brasiliano è un esempio emblematico di questo fenomeno, tanto che, dal 2016, dopo il colpo di stato parlamentare che ha rimosso dal potere la presidente Dilma Rousseff, il governo Temer non ha tardato a rafforzare questa tendenza neoliberista, quando ha approvato l'emendamento costituzionale 95 , nota come la PEC per tagliare la spesa per il settore pubblico e le politiche sociali per un periodo di 20 anni. Considerata quella democrazia rappresentativa, minacciata nei suoi principi dal controllo delle menti delle masse, dall'ondata di Fake News e con l'indispensabile aiuto dei media, incaricata di decostruire l'immagine del Partito dei Lavoratori e della sinistra, in generale, si è assistito se che in Brasile, nel 2018, si è concretizzata quella che possiamo chiamare manipolazione dei voti e, di conseguenza, continuità, in maniera ormai “legittima”, dell'assunzione al potere del candidato che rappresenta il più alto livello di conservatorismo e difesa intransigente degli interessi del capitale. Da allora, la classe operaia ha subito perdite inimmaginabili in termini di diritti al lavoro, assistenza, sicurezza sociale, salute, istruzione, ecc.

[...] Per quanto lontane dalla realtà possano essere, le idee negazioniste servono un progetto pragmatico con un obiettivo molto reale. Con negazionismo, Bolsonaro si oppose a governatori e sindaci che adottarono misure di isolamento sociale. Voleva scaricare su di loro la responsabilità della crisi economica, anche se so che la sua causa non è l'isolamento, ma la pandemia. (CONTI, Silvana. Op. Cit.)

In questo senso, il Negazionismo serve anche al capitale per nascondere l'abbandono con la situazione pandemica che si è insediata nel Paese, dall'inizio del 2020. Mentre si trasmette alla popolazione l'immagine di minimizzare i rischi e la letalità della pandemia, si prendono misure per “proteggere” i grandi capitali, perché ciò che conta è la “salute dell'economia” e non la “salute della popolazione”. Per provare questa discrepanza possiamo rivolgerci alle fonti che ci informano dell'ammontare delle spese destinate al sistema finanziario, durante il periodo della pandemia e dell'irrelevanza della percentuale di risorse destinate alle politiche sociali:

All'inizio della pandemia, nel marzo 2020, un pacchetto annunciato dal governo rilascia alle banche 1,2 trilioni di reais, che equivalgono al 16,7% del PIL.

La Banca Centrale (BC) ha annunciato, questo lunedì (23/3), un pacchetto di misure per immettere denaro nel mercato nel tentativo di mitigare il contesto di incertezza causato dalla pandemia del nuovo coronavirus. Secondo il presidente della BC Roberto Campos

³³ Programa Crivando a Pandemia N° 16. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=POGbKOTisKQ&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=16>. Acesso em: 24 jul. 2022.

Neto, il pacchetto ammonta a 1.216 trilioni di R\$, ovvero il 16,7% del prodotto interno lordo (PIL), comprese le azioni che sono ancora allo studio. Rispetto ai 117 miliardi di BRL investiti nel salvataggio delle banche durante la crisi finanziaria globale del 2008 e del 2009, che corrispondevano al 3,5% del PIL, l'importo è quasi 10 volte superiore.³⁴

Nello stesso anno, il 2020, il governo rivela la trasparenza del bilancio e dei valori di esecuzione del governo federale, relativi alla lotta alla pandemia di coronavirus in tutto il Paese: R\$ 524,02, che corrisponde al 15,85% della spesa pubblica. Per quanto riguarda l'anno 2021, questi valori sono stati ancora più bassi: R\$ 102,49 miliardi, che rappresentano rispettivamente il 2,80% della spesa pubblica.³⁵

Queste spese sono molto inferiori rispetto a quelle che altri paesi stanziavano per questo scopo. Secondo un'indagine pubblicata su Carta Capital, sappiamo:

Negli Stati Uniti i valori raggiungono il 6,3% del PIL, ma le decisioni del Congresso potrebbero portarli all'11,3% del PIL o più. Nel Regno Unito il totale supera il 17% del PIL, in Spagna raggiunge il 17%, in Germania il 12% e in Francia il 13,1% del PIL.³⁶

Sempre in accordo con le informazioni fornite da Carta Capital,

[...] in Brasile c'è il Presidente, che sfida le rigide raccomandazioni delle massime autorità sanitarie e dei più rinomati scienziati per contenere la pandemia di Covid-19 e la prevedibile recessione di grandi proporzioni che ci attende, il Ministro dell'Economia si basa ancora sulle idee che 50 anni fa ebbero successo alla Chicago School, dove si diplomò. Paulo Guedes non rinuncia alla regola dell'austerità anche quando annuncia le risorse per l'economia con frenate improvvise e le rilascia solo sotto pressione e con contagocce. Martedì 24 (marzo 2022), e questo è solo uno dei tanti esempi della visione anacronistica che presiede alle sue decisioni in mezzo al pandemonio, Paulo Guedes ha affermato che il Paese può spendere 120 miliardi di reais in salute e occupazione perché questi soldi sono stati risparmiati l'anno scorso con interessi sul debito interno. (Idem).

L'allocazione delle risorse alle politiche sociali, essendo insufficiente, ha inciso in maniera determinante sulla possibilità di risposta del SUS - Sistema Sanitario Unificato e del SUAS - Sistema Unificato di Assistenza Sociale, indebolendoli in termini di capacità di offrire servizi sanitari e assistenza più qualificati. Infatti, le misure di austerità precedentemente analizzate ridisegnano il quadro della salute e dell'assistenza configurato come universale, a partire dalla Costituzione del 1988, intensificando la distanza tra i progetti di Riforma Sanitaria, nella SUS, sulla base del principio della salute universale, come "dovere dello Stato e diritto del cittadino" e

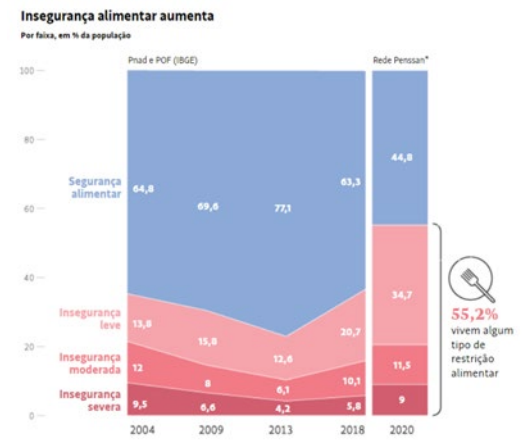
³⁴CORREIO BRASILIENSE. **Pacote anunciado pelo governo deve liberar R\$ 1,2 trilhão aos bancos.** Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/economia/2020/03/24/internas_economia,836224/pacote-anunciado-pelo-governo-deve-liberar-r-1-2-trilhao-aos-bancos.shtml>. Acesso em 26 jan. 2022.

³⁵ PORTAL DA TRANSPARÊNCIA. **Recursos Federais destinados ao combate da pandemia de CORONAVÍRUS (COVID-19).** Disponível em: <www.portaltransparencia.gov.br/coronavirus?ano=2021>. Acesso em: 26 jan. 2022.

³⁶ CARTA CAPITAL. **Os estímulos econômicos do governo beiram o ridículo...** Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/opiniaos/os-estimulos-economicos-do-governo-beiram-o-ridiculo/>>. Acesso em 26 jan. 2022.

il progetto privatista che diventa privilegiato e ha maggiore capillarità, considerato che le risorse, in ultima istanza, sono destinate all'iniziativa privata che inizia a gestire, tra cui gli enti pubblici servizi privati legge, come gli ospedali da campo nati per fronteggiare il Covid-19.

Questa discrepanza nell'allocazione delle risorse pubbliche ha agito da stimolo ed elemento che ha favorito lo scenario disastroso della disuguaglianza sociale in Brasile: la disoccupazione, secondo i dati dell'Istituto brasiliano di geografia e statistica (IBGE) nel primo trimestre del 2022, ha raggiunto l'11,1 %³⁷; il Paese è tornato sulla mappa della fame, raggiungendo il 25% della popolazione senza assistenza.³⁸



Le interviste realizzate dal Programma Crivando a Pandemia hanno mostrato il profilo della popolazione brasiliana, disperata non solo per i rischi di contagio e decessi da Covid, ma anche quasi del tutto non assistita rispetto alla necessità di trovare alternative per rispondere al bisogno di cibo, servizi igienici, acqua potabile e alloggi, condizioni indispensabili per la sopravvivenza in tempi di pandemia.

Quello che si è estratto dalle interviste è che l'intenzione delle misure governative era proprio quella di “proteggere” il settore privato, il mercato e “lasciare morire i meno forti e i più poveri affinché si potesse raggiungere il livello ideale di

immunizzazione della popolazione”, intenzionalità che si è espressa nelle parole dello stesso Presidente della Repubblica. Non è un caso, quindi, che il reddito dei più ricchi si sia moltiplicato nel periodo della pandemia, come si evince dai dati dei report Oxfam:

I miliardari hanno aggiunto 5 trilioni di dollari alle loro fortune durante la pandemia, secondo un nuovo rapporto Oxfam pubblicato domenica, esacerbando la disuguaglianza economica poiché la pandemia ha spinto milioni di persone in tutto il mondo alla povertà. Utilizzando i dati compilati da Forbes, Oxfam sottolinea che la ricchezza totale dei miliardari è balzata da 8,6 trilioni di dollari nel marzo 2020 a 13,8 trilioni di dollari a novembre 2021, con un aumento del 60% e superiore ai 14 anni precedenti messi insieme. [...] La Banca Mondiale stima che 97 milioni di persone nel mondo siano cadute in condizioni di povertà estrema nel 2020 e ora vivono con meno di 2 dollari USA al giorno. Anche il numero dei più poveri del mondo è aumentato per la prima volta in oltre 20 anni.³⁹

La mole di ricerche in corso per quantificare le condizioni alimentari della popolazione brasiliana in questi tempi di pandemia si moltiplica e possiamo sempre più contare su informazioni utili che ci portano a riflettere sull'impatto delle politiche neoliberiste sull'aggravarsi dei bisogni

³⁷ IBGE. **Desemprego**. Disponível em: <ibge.gov.br/explica/desemprego.php>. Acesso em: 18 jul. 2022.

³⁸ BRASIL SEM FOME. **Em pouco mais de um ano, são 14 milhões de novos famintos no Brasil**. (Fonte: Rede PENSSAN). Disponível em: <<https://www.brasilsemfome.org.br/>>. Acesso em: 18 jul. 2022.

³⁹ CNN Brasil. **Fortuna de bilionários do mundo cresceu 60% durante a pandemia**. Disponível em: <[https://www.cnnbrasil.com.br/business/fortuna-de-bilionarios-do-mundo-cresceu-60-durante-a-pandemia/?amp.](https://www.cnnbrasil.com.br/business/fortuna-de-bilionarios-do-mundo-cresceu-60-durante-a-pandemia/?amp;)>. Acesso em 26 jan. 2020).

primari della popolazione . Tuttavia, possiamo vedere che il Paese era già tornato sulla mappa della fame anche prima dello scoppio della pandemia. La politica nemica dei programmi sociali caratteristica dei governi Temer e Bolsonaro ha portato a un così deplorabile ritorno. Ecco un riassunto di quella ricerca:

La grave insicurezza alimentare era presente nelle case di 10,3 milioni di brasiliani tra il 2017 e il 2018, come mostra l'Indagine sul bilancio familiare (POF) 2017-2018, pubblicata dall'Istituto brasiliano di geografia e statistica (IBGE), il 17 settembre. Ciò significa che quasi il 5% della popolazione brasiliana vive di nuovo con la fame. Secondo l'ex direttore generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura (FAO), José Graziano da Silva, è il ritorno del Brasile nella mappa della fame è inaccettabile.⁴⁰

Inoltre, conoscendo le determinazioni sociali della Salute, tenendo conto dei soggetti nel contesto, riconosciamo che le condizioni di alimentazione, abitabilità, regolare accesso all'acqua, condizioni di vita e di lavoro, hanno rivelato che i segmenti più impoveriti sarebbero (se e sono) molto più ampiamente colpiti. Da qui l'importanza dell'azione delle reti sanitarie e di assistenza sociale loco-referenziate con investimenti mirati e azioni prontamente attuate.

Questa negligenza è evidente anche nella dotazione di bilancio per azioni e servizi di salute pubblica del Ministero della Salute, che, nel 2021, corrispondeva a soli R\$ 123,8 miliardi, come si legge nella Nota tecnica della Congregazione della Facoltà di Sanità Pubblica di l'Università di San Paolo Paulo (USP, 2021). Ciò ha costituito una sfida per gli operatori sanitari, come confermato dalle seguenti affermazioni:

Chi è nel settore sanitario ha una visione privilegiata, nel senso che è, diciamo, chiamato a dare risposte immediate a questa domanda del fenomeno che lega direttamente la salute. [...] Il servizio sociale è stato fondamentale sia nell'accoglienza di queste persone che erano afflitte e angosciate considerando che i ricoveri esistono e richiedono il distacco dalla famiglia e le persone dalla rete di supporto socio-familiare, quindi è stato necessario ripensare tutta la loro routine professionale : era necessario ripensare tutto questo movimento.

Questo aspetto della questione è illustrato anche da Delaine Melo, professoressa presso il Dipartimento di Assistenza Sociale dell'UFPE, in uno studio recentemente pubblicato sulla pratica degli assistenti sociali in ambito sanitario durante la pandemia:

L'agire nel campo della salute, dall'azione pedagogica o assistenziale, implica impegni teorici, etici e interventistici; è essenziale seguire le dinamiche della produzione scientifica, riaffermare che clinica e politica sono dimensioni intrecciate e comprendere che le pratiche quotidiane sono plasmate da questi, tra gli altri elementi. In questa prospettiva, è essenziale situare i processi di malattia dal punto di vista della determinazione sociale nei modelli di malattia e di morte, poiché in questo momento pandemico è dimostrato che le fasce di popolazione più impoverite sono le più colpite

⁴⁰ FIOCRUZ. **Brasil de Volta ao Mapa de Fome**. Disponível em <<https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/noticias/brasil-de-volta-ao-mapa-da-fome>>. Acesso em: 18 jul. 2022.

e concentrano i tassi più elevati di malattia morte (DEMENECH et al., 2020 apud MELO; SILVA, 2021).

2. La formazione socio-politica ed economica della società brasiliana e le sue ripercussioni sull'impatto del Covid-19 sulla popolazione

2. 1. La formazione socio-politica ed economica della società brasiliana e le sue ripercussioni sull'impatto della Covid-19 sulla popolazione

La società brasiliana è stata storicamente caratterizzata da disuguaglianza sociale, autoritarismo e subordinazione della classe dirigente agli interessi della borghesia internazionale. Ciò si spiega con la sua posizione subordinata nel contesto della divisione sociale del lavoro rispetto ai Paesi più ricchi e imperialisti fin dal periodo della colonizzazione.

La lentezza del governo federale nel fornire aiuti alla popolazione ha scatenato un caos senza precedenti negli ospedali che hanno assistito le vittime del Covid-19 ed è stata responsabile della contaminazione di circa 50.468 indigeni, con 163 popoli colpiti e più di mille morti, secondo i dati diffusi dal Comitato nazionale per la vita e la memoria indigena, creato dall'Articolazione dei popoli indigeni del Brasile (APIB), nel marzo 2021.⁴¹

La ricerca dell'équipe brasiliana ha rivelato, attraverso le testimonianze degli assistenti sociali che hanno lavorato negli ospedali di Amazonas durante la pandemia di Covid-19, ciò che hanno potuto constatare in prima persona quando si trovavano lì a lavorare come assistenti sociali. In uno dei programmi di Crivando a Pandemia, abbiamo la seguente dichiarazione:

Una delle prime persone a morire in Amazonas durante la pandemia è stato un giovane che è cresciuto con me, Laurivan, un indigeno: lavorava nel settore sanitario, non poteva accedere alle cure o far regredire la sua condizione, anche se si trovava in un ospedale, in un pronto soccorso. Questo mi ha segnato e mi ha fatto capire che la pandemia esisteva in Amazonas.⁴²

Gli altri Stati non hanno vissuto quello che Amazonas ha vissuto, e continua a vivere, dalla prima ondata. [Questo perché] gli ospedali hanno finito l'ossigeno, [...] ciò che deve essere basilare in un ospedale, cioè l'ossigeno. [Abbiamo sofferto per la mancanza di un comando centrale: la posizione del Ministero della Salute pubblicizzava sulla stampa una linea d'azione, una linea guida tecnica, e il nostro più alto rappresentante la negava, mettendola in dubbio, e la popolazione di Amazonas ha pagato un prezzo alto a causa di questa situazione. Eravamo estremamente vulnerabili, molti professionisti sono morti, ci siamo sentiti insicuri, non avevamo i protocolli, la gente stava imparando ad affrontare la malattia...⁴³

La popolazione nera rappresenta la maggior parte della popolazione povera della società brasiliana e, nelle aree urbane, si concentra nelle favelas, che sono insediamenti umani con

⁴¹ BRASIL DE FATO. **Il Brasile supera i 1.000 indigeni uccisi a causa della Covid-19.** Disponibile su <<https://www.brasildefato.com.br/2021/03/13/brasil-ultrapassa-marca-de-mil-indigenas-mortos-em-decorrencia-da-covid-19>>. Accesso: 22 luglio 2022.

⁴² Testimonianza di Alessandra Sales. **Programma Crivando a Pandemia**, N°12. Disponibile all'indirizzo: <<https://youtu.be/9rP4Wa5ZSxE>>. Accesso: 16 luglio 2022.

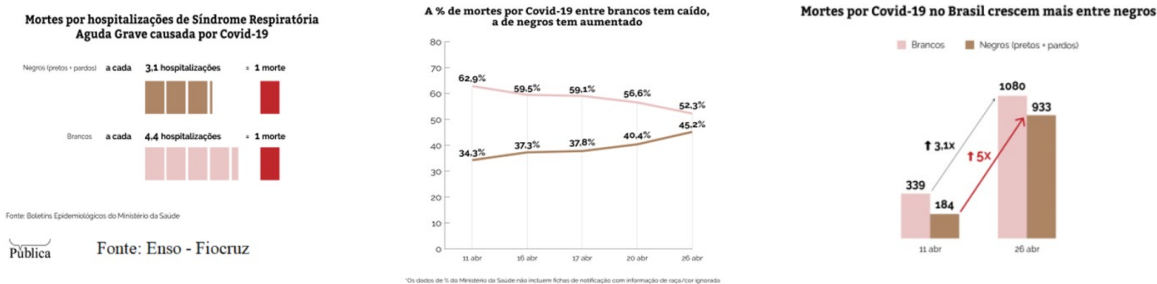
⁴³ Idem.

condizioni abitative, igieniche, di approvvigionamento idrico ed elettrico precarie. Le favelas, costruite sui fianchi delle colline o in zone paludose di mangrovie alla periferia delle grandi metropoli brasiliane, sono i quartieri abitativi delegati per i poveri e i neri che non hanno le risorse per vivere in alloggi dignitosi su un terreno sicuro che non soccomba ai disastri causati dalle piogge, come crolli di barriere, inondazioni e altri fenomeni ambientali aggravati dall'assenza di una politica abitativa dignitosa. Queste baraccopoli, conseguenza immediata della speculazione immobiliare, stanno aumentando sulla scena sociale e nel 2010 se ne contavano già 6.329, note anche come "insediamenti subnormali".

Ciò significa, secondo i dati del censimento dell'IBGE in collaborazione con il Centro Nazionale per il Monitoraggio e l'Allarme dei Disastri Naturali (CEMADEN), che "la popolazione in aree a rischio negli 872 comuni del Brasile ammontava a 8.270.127 abitanti", pari al 6% della popolazione brasiliana.⁴⁴

A causa di queste condizioni storiche, i neri in Brasile sono vittime del razzismo strutturale (MARTINS, 2020), che si esplicita nella violenza della polizia all'interno delle favelas, rivelandosi sotto forma di persecuzione letale che colpisce soprattutto i giovani perché potenzialmente poveri e neri (MUSTAFÁ e MELO, 2020; ISABELLY 2022).

Anche in conseguenza di ciò, i neri sono la fascia di popolazione con i più bassi livelli di integrazione nel mercato del lavoro, soggetti a un estremo sfruttamento e a condizioni di lavoro estremamente precarie, fatto che li ha esposti in modo più evidente ai rischi della pandemia Covid-19.⁴⁵ Secondo il sociologo Ricardo Antunes, questa popolazione si è trovata in un vero e proprio "fuoco incrociato", "o muori di Covid o muori di fame", che li ha esposti definitivamente ai rischi di contagio, in quanto costretti ad assumere attività precarie, come *fattorini* e uber-lavoratori.



Anche le cattive condizioni abitative e la mancanza di misure preventive nelle favelas hanno contribuito in modo decisivo a rendere i neri e i poveri il segmento più vulnerabile all'infezione, come si può capire analizzando il grafico precedente. Questo ha portato a un tasso molto alto di decessi a causa del Covid-19, come si evince dai dati dell'Istituto brasiliano di geografia e statistica (IBGE) e del Centro operativo e di intelligence sanitaria dell'Istituto Pólis: la

⁴⁴ IBGE. Nel 2010, in Brasile 8,3 milioni di persone vivevano in aree a rischio di disastri naturali. 2018. Disponibile all'indirizzo: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21565-em-2010-brasil-tinha-8-3-milhoes-de-pessoas-morando-em-areas-com-risco-de-desastres-naturais>>. Accesso: 16 luglio 2022.

⁴⁵ ANTUNES, Ricardo. **O trabalho sob fogo cruzado**. Boitempo: San Paolo, 2020.

pandemia non è uguale per tutti: in Brasile è stato dimostrato che mentre il 55% dei neri è morto a causa del Covid, la percentuale tra i bianchi era del 38%.⁴⁶

Secondo il rapporto dell'OCSE:

In Brasile, il rischio di mortalità per Covid-19 era 1,5 volte superiore nella popolazione nera, nonostante un tasso di incidenza più elevato tra la popolazione bianca. I brasiliani neri e marroni ricoverati in ospedale avevano un rischio di mortalità da 1,3 a 1,5 volte superiore rispetto ai brasiliani bianchi.

⁴⁷Il rapporto *Health at a Glance* dell'OCSE afferma che: "le principali vittime della malattia sono gli anziani e le popolazioni di minoranza e di etnia più povera".

Di conseguenza, le popolazioni considerate vulnerabili sono state le più colpite dalla pandemia nei Paesi dell'organizzazione, rappresentando oltre il 90% dei casi registrati, e i decessi per Covid-19 si sono verificati tra le persone di età superiore ai 60 anni.⁴⁸

Ecco una riflessione etica in cui si concretizza l'incongruenza tra (i)logica capitalista e pensiero umanista. Coloro che sono considerati "usa e getta" per il capitale, come gli indios, i poveri, i neri e gli anziani, sono stati l'oggetto più forte della (dis)cura da parte delle autorità governative dei Paesi capitalisti, sia in termini di prevenzione del virus che di assistenza medica e sociale per combatterlo. Pertanto, questi segmenti di popolazione sono stati i più colpiti dalla pandemia a livello mondiale, soprattutto in Brasile.



Gli anziani, o le persone anziane, sono stati certamente i più colpiti dalla pandemia, perché hanno una minore immunità, perché hanno acquisito un maggior numero di comorbidità nel corso della loro vita, date le loro precarie condizioni di vita e di lavoro; gli anziani, soprattutto i più poveri, sono stati il principale bersaglio del contagio da parte del virus.

I dati riportati nel grafico a sinistras denunciano il numero di morti all'inizio del 2021, quando la pandemia aveva già raggiunto il suo picco. All'epoca, i media mainstream riportarono questi fatti in modo esaustivo:

Gli anziani sono il gruppo più vulnerabile ai casi gravi di Covid-19. La malattia ha ucciso almeno 142.049 persone di età superiore ai 60 anni entro il 2 gennaio 2021, secondo l'ultimo bollettino

⁴⁶ SUL21. **In quindici giorni, il numero di persone di colore uccise dal coronavirus è cinque volte superiore in Brasile.** Disponibile all'indirizzo: <<https://sul21.com.br/coronavirus-2/2020/05/em-duas-semanas-numero-de-negros-mortos-por-coronavirus-e-cinco-vezes-maior-no-brasil/>>. Accesso: 16 luglio 2022.

⁴⁷ OCSE. **Salute a colpo d'occhio 2021.** Disponibile all'indirizzo: <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_919b5f62-en>. Accesso: 24 luglio 2022.

⁴⁸ Idem.

(10 MB) del Ministero della Salute. Si tratta del 74,2% dei 191.552 decessi analizzati. ⁴⁹In totale, la pandemia ha già ucciso 204.690 persone entro questo martedì (12 gennaio 2021).

3. Performance degli assistenti sociali nei diversi spazi socio-lavorativi

Durante l'intervista, gli assistenti sono stati invitati a percepire se stessi teorizzando la loro azione in base alla loro percezione, in quanto narravano il processo di attività e potevano valutare la qualità delle conclusioni che ne traevano mentre stava accadendo. Dalle loro testimonianze sono state raccolte preziose informazioni che hanno rivelato come, all'interno di un processo problematico e tragico, nella foga del dramma, questi professionisti hanno saputo progettare, realizzando le possibilità e le risorse disponibili, nonostante i tanti e complessi ostacoli che si sono susseguiti e sono stati in grado di proporre spiegazioni e sviluppare azioni che possono essere inserite nella pratica professionale in tempi di calamità pubblica. Nella maggior parte dei casi, era evidente l'uso delle conoscenze teoriche accumulate nel processo formativo e l'uso della creatività e dell'innovazione, quando la situazione si presentava in modo insolito. C'è stata anche una ricerca e uno scambio di esperienze, prendendo come riferimento pratiche che hanno avuto successo in altri paesi e in situazioni simili. Dalla rilevazione di questo inventario tassologico si è partiti per presentare le sintesi dell'operato di questi operatori sociali, anche se molto resta ancora da dire e da analizzare sul potenziale tecnico-operativo e sulla sua ricchezza, perché anche per noi quanto ai professionisti che hanno agito nel cuore della pandemia, è un processo in cui la presa di coscienza di quanto è stato fatto di fronte a tutte le sfide, merita molta maturazione. Abbiamo scelto tre spazi socio-lavorativi, da focalizzare per primi, in quanto i nostri studi hanno indicato che questi hanno una rilevanza particolare, in quanto si riferiscono ai segmenti più colpiti dalla pandemia e rappresentano il fulcro dell'azione dei professionisti: l'area di gerontologia sociale, sanità e assistenza sociale.

3.1. Professionisti nel campo della gerontologia sociale

Come abbiamo visto sopra, la pandemia di Covid-19 ha colpito maggiormente il segmento degli anziani. Questo segmento dovrebbe avere una presenza significativa di assistenti sociali che lavorano al suo interno. Tuttavia, questo “dovrebbe essere” non si è ancora concretizzato per diversi motivi, inclusa la mancanza di volontà politica. La persona anziana è stata vittimizzata in ogni modo dal neoliberismo, che è la corrente teorica che oggi sempre più egemonizza la pubblica amministrazione delle città e dei paesi e che ha messo in chiaro e senza ombra di dubbio il suo disprezzo per il vecchio uomo. Ci sono casi, come quello dell'ex presidente Fernando Henrique Cardoso, che ha dichiarato pubblicamente che gli anziani sarebbero dei vagabondi e sarebbero una grande spesa per lo Stato. L'attuale presidente del Brasile, Jair Messias Bolsonaro, quando è scoppiata la pandemia e ha minacciato di diffondersi nel Paese, ha dichiarato che non si trattava di una malattia grave, in quanto avrebbe ucciso solo gli anziani. Secondo il quotidiano Estado de Minas dell'8 aprile. 2020, Bolsonaro avrebbe detto: “Le famiglie che si prendono cura dei propri anziani [...] solo gli anziani dovrebbero proteggersi in mezzo alla pandemia [...] Ogni famiglia

⁴⁹ POWER 360. Il coronavirus ha ucciso 142.000 anziani in Brasile. Disponibile all'indirizzo: <<https://www.poder360.com.br/coronavirus/coronavirus-matou-142-mil-idosos-no-brasil-conheca-situacao-de-5-paises/>>. Consultato il: 16 giugno 2022.

deve mettere in un angolo nonno e nonna e basta esso"⁵⁰. È anche noto che il neoliberismo spinge gli Stati a ridurre la spesa per la previdenza sociale e le misure di pressione sugli anziani sono state abbondantemente registrate dalle tesi universitarie di tutto il mondo, a dimostrazione del fatto che gli anziani non sono considerati per quello che sono di fatto dal neoliberismo perché, in realtà, sono l'essere umano al culmine della sua esistenza e non è eticamente plausibile che l'essere umano stesso non pianifichi il suo apice come qualcosa di altamente degno, lodevole e ammirevole.

Il ruolo degli assistenti sociali nell'area della gerontologia sociale è principalmente attraverso il lavoro con le famiglie, sulla base di istanze che pervengono a istituzioni come il Pubblico Ministero, gli enti del Sistema Unificato di Assistenza Sociale e il Consiglio Comunale per la Difesa dei Diritti della la Persona anziana. In Brasile i centri di accoglienza per anziani sono chiamati ILPI (Long Stay Institutions for the Elderly), che sono per lo più istituzioni filantropiche o private, con un numero molto ristretto di istituzioni pubbliche, poiché lo Stato non è responsabile di questo tipo di assistenza agli anziani . Pertanto, facendo affidamento solo sulle risorse degli stessi anziani che contribuiscono al funzionamento delle istituzioni, in particolare dal reddito acquisito attraverso il Continuous Cash Benefit (BPC), in conformità con lo Statuto degli anziani, le LTCF filantropiche danno priorità all'assunzione di professionisti della salute rispetto all'inserimento degli assistenti sociali, che sarebbero indispensabili per soddisfare pienamente i bisogni degli anziani che lì risiedono.⁵¹

Tuttavia, questi LSIE sono stati monitorati da assistenti sociali che sono dipendenti del Comune di Recife, del Pubblico Ministero e che hanno aderito al Consiglio comunale per la difesa dei diritti degli anziani⁵², durante la pandemia, e hanno sviluppato un lavoro di grande successo, come l' iniziativa di costituire un "Osservatorio⁵³ dei LTCF".

⁵⁰ Esse discurso governamental recebe o nome de "familismo" por se caracterizar como "processo de responsabilização das famílias por encargos no sistema de proteção social" (MIOTO; CAMPOS; CARLOTO, 2015, p. 7 *apud* MARTINS et al. 2021)

⁵¹ Queste informazioni possono essere trovate negli articoli di Tânia De Andrade, Fabíola Dionísio e in quello di Luana Corrêa e Micelane Lima, pubblicati nel libro Serviço Social e Gerontologia: a Proteção da Pessoas Elders em Tempos de Pandemic, che sistematizzano i risultati di la ricerca Condizioni di vita degli anziani negli Istituti di Lunga Permanenza della città di Recife, realizzata dal Gruppo di Studio e Ricerca sull'Etica – GEPE, dell'UFPE. Disponível em: < <https://editora.ufpe.br/books/catalog/view/362/372/1094>>. Acesso em: 16 jul. 2022

⁵² O Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa do Recife – COMDIR, organo paritario, superiore, deliberativo, collegiale e permanente, istituito dalla Legge n° 17.310, del 29 marzo 2007, legato alla struttura della Segreteria per lo Sviluppo Sociale e dei Diritti Umani, del Comune di Recife, ha lo scopo di monitorare e attuare la Politica pubblica comunale per l'inclusione sociale, la promozione e la difesa dei diritti degli anziani (art.1), nonché formulare linee guida e vigilare sull'attuazione delle politiche pubbliche rivolte agli anziani, in difesa dell'inclusione sociale e nella lotta contro ogni forma di violenza e discriminazione, nell'ambito del comune di Recife (art.2).

⁵³ O Observatório – ILPI.26 è stata un'iniziativa coordinata dal Centro per lo Sviluppo e la Cittadinanza (CDC) con la partecipazione di diversi Centri di Ricerca delle Università e professionisti in rappresentanza dei Comuni e legati al Consiglio per i Diritti degli Anziani per monitorare e seguire 26 LTCF nello Stato di Pernambuco , nel periodo della pandemia di Covid-19, ubicata nei comuni di Olinda, Paulista, Abreu e Lima, Igarassu, Cabo de Sto. Agostinho, Recife, Jaboatão dos Guararapes, São Lourenço da Mata, Vitória de Sto. Antão, Gravatá e Arcoverde. Le sue azioni erano anche volte ad articolare e promuovere l'orientamento tecnico per i responsabili dell'amministrazione e l'équipe assistenziale dei 26 ILPI durante il processo pandemico e ad articolare lo svolgimento di attività che minimizzino gli impatti del distanziamento sociale sulla salute mentale degli anziani residenti di le 26 ILPI nei mesi da aprile a novembre 2020 (MARTINS; CAMPELO E PAIVA; SILVA, 2021).

Oltre alla creazione dell'Osservatorio - ILPI.26, questo team di professionisti del Servizio Sociale, insieme ad altri enti a difesa dei diritti degli anziani, ha lanciato, il 4 maggio 2020, un Manifesto per il diritto alla vita e assistenza sanitaria degli anziani nello Stato di Pernambuco, ai tempi del Covid-19, indirizzata al Pubblico Ministero di Pernambuco, presentando preoccupazioni per gli impatti sulla salute fisica e mentale del segmento anziano, nonché critiche al familismo e ageismo che ha caratterizzato il discorso di governo. Il Manifesto⁵⁴ chiedeva l'abrogazione dell'emendamento costituzionale 95/2016, che limita la spesa sociale per 20 anni e che ha impatti disastrosi sul Sistema Sanitario Unificato (SUS), riducendo dal bilancio 20 miliardi di R\$ di risorse sanitarie nel 2020. governo federale, considerando che il 75% del totale degli anziani in Brasile dipende esclusivamente dalla SUS. (MARTINS; CAMPELO E PAIVA; SILVA, 2021).

Le assistenti sociali Kylvia Martins e Sálvea Campelo hanno partecipato in prima linea a queste iniziative e hanno concesso interviste al programma Crivando a Pandemia. Nelle loro testimonianze, possiamo vedere che tutto questo è stato possibile solo grazie all'articolazione con il Consiglio comunale per la difesa dei diritti degli anziani, come si può vedere di seguito:

[Abbiamo] un grande differenziale, perché abbiamo un Consiglio per la difesa dei diritti degli anziani a Recife che è molto attivo. Quindi è stato attraverso questo consiglio che ho visto che era uno spazio strategico per cercare di entrare in quello che stava succedendo.⁵⁵

Inoltre, queste testimonianze rivelano il processo innescato da questi assistenti sociali nello Stato di Pernambuco, che sono riusciti a controllare il contagio dal virus, dall'adozione di misure che possono essere presentate passo dopo passo nel modo in cui sono avvenute, come mostrato nella tabella seguente:

Azioni dell'Osservatorio ILPI.26 per il controllo del contagio da coronavirus

1. Acquisto di dispositivi di protezione individuale - DPI per sette ILPI (non governativi)
2. Monitoraggio dei 26 LTCF (governativi e non governativi) via gruppo WhatsApp.
3. Articolazione interna con il Consiglio dell'Assessorato alla Salute - Sorveglianza sanitaria, Sorveglianza epidemiologica e Sorveglianza ambientale.
4. Promozione dell'immunizzazione degli anziani e dei professionisti di tutte le ILPI

⁵⁴ L'iniziativa nasce da notizie pervenute soprattutto dai Paesi europei che hanno diffuso i dati sui decessi negli ILPI, per contaminazione di massa nelle istituzioni: "In (i) Italia: centinaia di morti nelle case di cura di Bergamo. In uno di loro i residenti anziani hanno esaurito il cibo in una casa per due giorni, al Sud, perché i funzionari dovevano andare in quarantena; (ii) Spagna: soldati trovano anziani abbandonati e alcuni morti nei loro letti; (iii) Regno Unito: 24 anziani sono morti nella casa di cura di Bradwell Hall; (iv) Francia (Parigi): più di un terzo delle case di cura era già stata colpita dal coronavirus a fine marzo e (v) Irlanda del Nord: 32 case di cura colpite dal coronavirus". (MARTINS et al. 2021, 140)

⁵⁵ Programa Crivando a Pandemia N° 13. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=NE5bdRC7pAc&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=13>. Acesso em: 24 jul. 2022.

5. Organizzazione dei test per Covid -19 quando veniva negato nei piani sanitari - diritto violato

6. Mobilitazione e formazione di professionisti per l'esecuzione dei test per il Covi-19

Il processo di come queste azioni hanno avuto luogo può essere meglio identificato nelle dichiarazioni degli assistenti sociali sopra menzionate:

E poi abbiamo fatto l'acquisto dei DPI per le Istituzioni Filantropiche, che sono 7, su queste 26. Abbiamo creato un gruppo WhatsApp specifico solo per le LTCF. Abbiamo fatto il gruppo dell'Osservatorio delle ILPI. Abbiamo formato un gruppo proprio da Recife collocando le istituzioni. [...] ma abbiamo un dialogo con il Pubblico Ministero che ha rafforzato la nostra richiesta. [...] La sorveglianza sanitaria è una sorveglianza che monitora già quotidianamente questi LTCF, ma cosa potrebbe fare la sorveglianza ambientale? Così abbiamo iniziato a fare la sanificazione all'interno di queste ILPI (Istituzioni di lunga permanenza per gli anziani) su base giornaliera. [...] e, subito dopo, abbiamo capito che la semplice pulizia non sarebbe bastata a queste istituzioni; quindi è stato necessario fare il vaccino anche perché alcuni anziani avevano dei sintomi e quindi ho sempre insistito sul fatto che si trattasse di anziani della città di Recife. Dobbiamo farlo in tutte le istituzioni e indipendentemente dal fatto che siano pubbliche, filantropiche o private. (Kylvia Martins)

Allora andiamo, formiamo i professionisti a fare questi test e siamo riusciti a testare tutti e quando è stato positivo siamo riusciti, in un certo senso, insieme alla sorveglianza sanitaria, ad isolare quella persona per 15 giorni e ancora non lo era ancora abbastanza perché c'era il resto della popolazione anziana che era a casa tutti i giorni e aveva bisogno di assistenza sanitaria. (Idem)

Sulla base di tale iniziativa, la 30° Procura della Repubblica per la Cittadinanza della Difesa degli Anziani della Capitale⁵⁶ ha raccomandato all'Assessorato alla Sanità Comunale di effettuare test approfonditi del coronavirus negli anziani residenti in tutte le ILPI ubicate a Recife, siano esse pubbliche, filantropiche o private, dando priorità a coloro che avevano segnalato decessi e casi sospetti di Covid-19, nonché ai professionisti che vi operano. Inoltre, il Dipartimento della Salute di Recife ha effettuato la disinfezione di queste istituzioni, a cominciare dalle case che presentavano decessi e casi sospetti di coronavirus, al fine di evitare una contaminazione accelerata.

Un'altra importante iniziativa portata avanti dagli assistenti sociali che operano nell'area della gerontologia sociale è stata la realizzazione del Rifugio Provvisorio Edusa Pereira, per accogliere gli anziani senza fissa dimora con l'obiettivo di ridurre al minimo le possibilità di contaminazione da covid-19. L'attrezzatura è sotto l'amministrazione del Segretariato per lo sviluppo sociale, i giovani, le politiche in materia di droga e i diritti umani (SDSJPDH) che ha intersectorialità con altri segretariati e agenzie comunali, come la salute e l'istruzione, come si può vedere nella seguente dichiarazione:

⁵⁶ CBN Recife. **MPPE recomenda testagem geral de Covid-19 nos idosos residentes e equipes profissionais das ILPIs do Recife.** Disponível em: <<https://www.cbnrecife.com/artigo/mppe-recomenda-testagem-geral-de-covid-19-nos-idosos-residentes-e-equipes-profissionais-das-ilpis-do-recife>>. Acesso em: 16 jul. 2022.

Abbiamo capito che c'era una popolazione anziana per strada e c'erano anche quegli anziani che venivano dimessi dall'ospedale, ma non avevano un posto dove andare. Così, con le risorse del Consiglio comunale per la difesa dei diritti degli anziani, è stato creato un altro istituto che è stato addirittura chiamato Rifugio provvisorio Edusa Pereira, in onore di questa grande anziana. (Idem)

4. Performance degli Assistenti Sociali nell'area della Salute e del Sistema Sanitario Unificato

Il Brasile ha vissuto un periodo di autoritarismo segnato dalla dittatura militare durata vent'anni (dal 1964 al 1985) e che ha completamente limitato i diritti civili, politici, sociali e umani nel Paese. Il processo di ridemocratizzazione ha raggiunto il suo apice con la promulgazione della Costituzione del 1988, emersa a seguito di una mobilitazione popolare e sociale delle forze della società civile organizzata, dei partiti socialdemocratici come il Partito dei Lavoratori, i Movimenti Sociali e anche con la collaborazione del segmento progressista della Chiesa cattolica, veicolato dalla Teologia della Liberazione. Questa Costituzione, riconosciuta come "Costituzione del cittadino", ha ristabilito lo stato di diritto e ha sancito nelle sue clausole i diritti sociali, in modo così ben articolato da preparare le basi giuridiche per la creazione di politiche sociali che definissero un nuovo rapporto tra la società e lo Stato, inaugurando una nuova fase propulsiva per la definizione del ruolo dello Stato di fronte alle disuguaglianze e alla questione sociale, già incitata dall'autocrazia borghese. (NETTO, 1991)

Tra le novità emerse nella Costituzione del 1988 c'è l'istituzione della previdenza sociale come diritto che racchiude il tripode sanitario, previdenziale e assistenziale. Questo concetto di sicurezza sociale racchiude una visione di cittadinanza in cui lo Stato diventa responsabile, dal punto di vista economico-finanziario, giuridico e politico, dell'erogazione di servizi universali di salute, sicurezza sociale e assistenza sociale all'intera popolazione. Secondo Boschetti,

Il concetto di sicurezza sociale difeso dal Servizio Sociale cerca di rafforzare questi progressi, ma va oltre e sostiene un modello che include tutti i diritti sociali previsti dall'articolo 6 della Costituzione federale (istruzione, salute, lavoro, alloggio, tempo libero, sicurezza, welfare e assistenza sociale), al fine di formare un ampio sistema di protezione sociale, adeguato alle condizioni economiche e sociali dei cittadini brasiliani (BOSCHETTI, 2004).

Una volta poste queste basi, è stato possibile introdurre e regolamentare il Sistema Sanitario Unificato (SUS) e, successivamente, il Sistema Unificato di Assistenza Sociale (SUAS). Per comprendere l'entità di questa conquista sociale, è necessario spiegare la natura, i principi e il funzionamento di ciascuno di questi Sistemi.

4.1. Il SUS - Sistema Sanitario Unificato

Il SUS è nato come consolidamento del Movimento di Riforma Sanitaria, che ha riunito soggetti della società civile e politica e dei movimenti sociali, formato da professionisti dell'area sanitaria e sociale che, sin dall'VIII Convegno Nazionale della Sanità, preparavano una proposta di cura alla salute pubblica e contraria alla medicina privata che, in linea di principio, considera la salute come una merce e che era presente nella società brasiliana principalmente attraverso i Piani Sanitari, ristretti a una fascia inferiore al 25% della popolazione. (MENICUCCI, 2014: 84).

Il SUS ha i seguenti principi: universalità, decentramento e partecipazione popolare. Universalità significa che tutte le fasce della popolazione, l'intera popolazione, soprattutto la più

povera, hanno diritto ad accedere a tutti i servizi sanitari pubblici. Questo rende il SUS un sistema ammirevole, che, nelle parole di alcuni studiosi, significa che:

Il SUS è stato definito sulla base di principi universalisti ed egualitari, cosa che gli altri paesi invidiano. Ho partecipato a un dibattito presso la Commissione economica per l'America Latina e i Caraibi (ECLAC) nell'ottobre 2013 e tutti sono rimasti affascinati dal fatto che un paese delle dimensioni del Brasile ha un sistema con principi universalisti ed egualitari, cioè per tutti e ugualmente – sulla base del concetto di salute come diritto di tutti e dovere dello Stato (MENICUCCI, 2014: 78).

Il decentramento amministrativo e la partecipazione popolare significano che:

il SUS va ai circa cinquemila comuni brasiliani, realizzando l'idea di cure complete a tutti i livelli di complessità assistenziale; e la partecipazione della società, che riflette l'intero contesto della democratizzazione, dell'azione dei movimenti sociali per espandere la democrazia. (MENICUCCI, 2014: 79).

Tuttavia, la stessa Costituzione ha consentito la continuità della segmentazione pubblico-privato, ammettendo la possibilità di finanziare la medicina privata con risorse pubbliche, che ha avuto un impatto negativo sull'attuazione del SUS, secondo le modalità previste dal Movimento di riforma sanitaria. Inoltre, gli anni '90 hanno rappresentato un'avversità che si è concretizzata come un conflitto tra ideali e principi costituzionali e la tendenza neoliberista che ha invaso il Paese, in linea con la congiuntura internazionale, che ha discusso della riduzione del ruolo dello Stato nelle politiche pubbliche. Solo dopo gli anni 2000 il Brasile ripristinerà le iniziative preconfigurate nella Costituzione del 1988, anche se la tendenza neoliberista si è manifestata in modo moderato nei governi Lula e Dilma. Pertanto, quanto richiesto dalla Costituzione andava contro tutto ciò che il mondo intero auspicava in merito all'indirizzo del ruolo dello Stato e al finanziamento delle politiche sociali. Questo rimbalzo della tendenza neoliberista mondiale ha avuto ripercussioni più dirette e ha influito radicalmente sulla direzione del finanziamento delle politiche sociali, con il colpo di stato del 2016, quando, attraverso il citato emendamento costituzionale 95, la spesa sociale è stata bloccata per un periodo di 20 anni.

Questa misura governativa ha avuto ripercussioni drastiche sulle possibilità di funzionamento del SUS di fronte alla pandemia di Covid-19, poiché lo smantellamento delle politiche sociali ha comportato la rottamazione del SUS, per “favorire il mercato e facilitare l'accesso ai fondi pubblici”. , con la gestione di Ospedali e Servizi Pubblici da parte di Organizzazioni Sociali (OS) e Organizzazioni della Società Civile di Interesse Pubblico (OSCIP)”. (MELO; SILVA, 2021), seguendo il filone neoliberista del governo federale, le cui “determinazioni delineano la privatizzazione delle Cure Primarie (AB) in Salute” e l'assenza, durante la pandemia, di un'elaborazione nazionale, sistemica e articolata la rete sanitaria, “in cui Primary Health Care (PHC) assumerebbe un ruolo di primo piano, vista la sua elevata capillarità ed esperienza nella lotta contro epidemie, come la febbre gialla, la dengue, la chikungunya e la Zika” (TURCI, HOLLIDAY, DE OLIVEIRA, 2020 , apud MELO; SILVA, 2021).

Secondo gli autori, ciò che è accaduto, al contrario, è stata l'enfasi sulle cure urgenti - cure di emergenza con particolare attenzione ai casi da moderati a gravi. L'opzione per un approccio incentrato sull'ospedale, a scapito dell'approccio familiare e comunitario e delle azioni di promozione e prevenzione, è stata ampiamente criticata da specialisti, organizzazioni di controllo sociale SUS ed enti sanitari collettivi del Paese. Si segnala che in Brasile non mancano un apparato tecnico specializzato e istituzioni di sanità pubblica, in grado di proporre misure tecnico-

scientifiche integrate e inclusive delle reti di cure primarie per contenere la trasmissione del virus e il follow-up dei casi nei territori. (MELO; SILVA, 2021).

Durante la pandemia sono state sospese le chiamate di Assistenza Primaria, come si evince dagli articoli 1 e 2 dell'Ordinanza emanata dalla Segreteria Sanitaria dello Stato del Pernambuco:

Arte. 1º. Determinare, nel periodo dal 18 al 28 marzo 2021, la sospensione degli interventi chirurgici elettivi e delle procedure che richiedono il ricovero nei reparti della Rete di Assistenza Pubblica e Privata dello Stato di Pernambuco. Paragrafo unico. Ai fini del caput, gli interventi chirurgici e le procedure elettive sono quelli che possono essere posticipati e/o riprogrammati senza danno per la salute del paziente.

Arte. 2º. Si raccomanda, entro il termine previsto dal caput dell'art. 1, la sospensione delle consulenze elettive, degli ambulatori diagnostici e terapeutici negli studi, negli ambulatori, nei laboratori e negli ospedali che compongono la rete pubblica e privata, che possono essere differiti e/o riprogrammati senza pregiudizio per la salute del paziente.⁵⁷

4.2. Il SUAS - Sistema Unico di Assistenza Sociale e le prestazioni dei professionisti dell'Area Assistenza

Come abbiamo detto sopra, la Costituzione del 1988, denominata Costituzione del Cittadino, ha stabilito i diritti sociali e ha creato le condizioni affinché le politiche sociali fungano da risposta alle espressioni della questione sociale. Ha inoltre definito un luogo specifico per l'assistenza sociale, istituendo la previdenza sociale come sistema composto dal tripode: previdenza, salute e assistenza.

Per quanto riguarda l'assistenza sociale, inizialmente nel dicembre 1993 è stata approvata la Legge Organica dell'Assistenza Sociale (LOAS), che ha avviato il processo di costruzione della gestione pubblica e partecipata dell'Assistenza Sociale. Ha stabilito i principi della Politica di Assistenza Sociale e ha definito che “la gestione della politica e l'organizzazione delle azioni devono essere articolate in un sistema decentralizzato e partecipativo, organizzato nei tre livelli di gestione del governo” e che “la sua attuazione diventa un compito esplicitamente condivisa tra entità federate autonome” (Brasile, Política Nacional de Assistência Social - PNAS, 2004), ovvero il governo federale, statale e municipale.

Con la LOAS è stato inoltre definito il Beneficio di Prestazione Continuata (Beneficio de Prestação Continuada - BPC), che ha rappresentato un avanzamento nella concezione dell'assistenza come diritto sociale e ha creato un parametro legislativo favorevole, soprattutto per il segmento degli anziani non pensionati e dei portatori di handicap. Il BPC è un beneficio che vale un salario minimo per garantirne la sopravvivenza, dato che questi segmenti si sono rivelati i più vulnerabili vista la loro condizione di non contribuenti alla previdenza sociale e privi di qualsiasi tipo di copertura sociale. Inoltre, il LOAS ha definito i principi fondamentali dell'assistenza sociale, ponendola come diritto di cittadinanza ed estraendo dall'assistenza il carattere di carità e

⁵⁷ DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE PERNAMBUCO. 17 de março de 2021. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diario-oficial-17-mar-2021_portaria_sespe_no_187.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2022.

filantropia, attribuendogli la prospettiva di trasformarsi in una politica sociale che la caratterizzasse come un dovere dello Stato., famiglia e società verso tutti coloro che ne avevano bisogno.

Così, l'assistenza sociale ha raggiunto anche il livello di politica sociale universale, non richiedendo alcun tipo di contributo per accedere ai servizi e ai programmi sociali che ne deriverebbero. A questo proposito, la Commissione sull'Ordine Sociale dell'Assemblea Costituente, 1988, afferma che:

L'inclusione delle politiche di assistenza nella nuova Costituzione è imperativa, poiché più della metà della popolazione brasiliana può essere considerata candidata a programmi di assistenza, come unico modo per garantire i propri diritti sociali fondamentali. «Oggi si può affermare, senza timore di contestazione, che il Brasile è, realisticamente analizzato, un Paese per lo più miserabile, molto più che povero, o addirittura indigente» (Jaguaribe et alii, 1986: 66). Al momento, circa il 42% della popolazione totale del Paese sarebbe in povertà. Se aggiungiamo a questo indice quella che può essere considerata una situazione di povertà, abbiamo un ulteriore 22%. Quasi il 65% della popolazione brasiliana può quindi essere considerato povero o miserabile (Brasileiro e Mello, 1987, apud SPOSATI, 2010: 40).

Tuttavia, i governi che sono seguiti alla nuova Costituzione hanno ricevuto una spinta forte neoliberista che ha immediatamente impedito la realizzazione di tali diritti nelle politiche sociali. che sono stati istituzionalizzati solo con i governi socialdemocratici di Lula e Dilma dagli anni 2000 in poi, che hanno istituito la Politica Nazionale di Assistenza Sociale (PNAS), il Sistema Unificato di Assistenza Sociale (SUAS), lo Statuto degli Anziani, lo Statuto della Gioventù, oltre a creare vari programmi e benefici sociali, tra cui il Programma Fame Zero, mirato agli obiettivi del millennio delle Nazioni Unite per l'eradicazione della povertà e della fame.

La PNAS è stata regolamentata solo nel 2004, con l'obiettivo di dare materialità al LOAS e, quindi, promuovere la prevenzione, la protezione e l'inclusione sociale, sulla base della nozione di matrice familiare, che riconosce nella famiglia l'asse strutturante delle sue azioni. che i legami familiari e comunitari rappresentano una condizione indispensabile affinché gli individui non subiscano situazioni di vulnerabilità o di rischio sociale. Un anno dopo il PNAS, ovvero nel 2005, è stato implementato il Sistema Unificato di Assistenza Sociale (SUAS) con dotazioni istituzionali a copertura della Protezione Sociale di Base e Speciale. La Protezione Sociale di Base è responsabile della prevenzione delle situazioni di rischio e la sua principale attrezzatura sono i Centri di Riferimento per l'Assistenza Sociale (CRAS), in cui spiccano i servizi di convivenza e rafforzamento del legame comunitario. La Protezione Sociale Speciale, a sua volta, è destinata a coloro che vivono/hanno vissuto situazioni di rischio, personali o sociali, e/o che hanno subito la violazione dei propri diritti. La sua principale dotazione sono i Centri Riferimento Specializzato di Assistenza Sociale (Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS) e i Centri POP (Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua), destinati alla popolazione senza fissa dimora.

Nella Protezione di Base vengono sviluppati servizi, programmi e progetti per l'accoglienza, la convivenza e la socializzazione di famiglie e individui, come il Beneficio di Protezione Continuata (BPC), Bolsa Família (BF), il Servizio di Protezione e Assistenza Integrale alla Famiglia (Programa de Assistência Integral à Família - PAIF), il Servizio per la Convivenza e il Rafforzamento dei Legami (Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV), il Rifugio [Casas de Acolhida] per

Bambini e Adolescenti, le Misure Socio-educative, il Cad Único e gli Eventuali Benefici (Benefícios Eventuais - BE). (RAICHELIS, et al., 2019: 97).

La Protezione Sociale Speciale è organizzata in livelli di complessità medio e alta ed è offerta dalle organizzazioni CREAS e dai Centri POP, oltre a enti come il Centro Diurno di Riferimento per Persone con Disabilità e le Unità di Ricovero, come: Casa Lar, Abrigo Institucional, Repubblica, Residenza inclusiva e casa di passaggio, ricovero, famiglia surrogata, famiglia affidataria, misure socio-educative restrittive e privazione della libertà. Secondo gli autori Ozanira Silva, Raquel Raichelis, Carmelita Yazbek e Berenice Couto (2019), “la protezione sociale speciale è destinata alle famiglie e agli individui a rischio personale e sociale a seguito di abbandono, maltrattamento, abuso sessuale, uso di sostanze psicoattive, rispetto delle misure socio-educative, senz’altro, lavoro minorile, tra gli altri”. “in media complessità, il PNAS fornisce i seguenti servizi: orientamento e supporto socio-familiare, dovere sociale, approccio di strada, assistenza domiciliare, abilitazione e riabilitazione nella comunità delle persone con disabilità, Misure socio-educative in un ambiente aperto (MSE) e Fornitura di servizi comunitari (PSC) (Brasil, 2005). “In alta complessità, la protezione speciale riguarda servizi che devono garantire la piena protezione (cibo, igiene, lavoro protetto, alloggio) per individui e famiglie senza riferimento o in situazione di minaccia”. (Brasil, 2005).

In considerazione del principio del decentramento amministrativo, gli apparati SUAS (CRAS, CREAS e Centri POP) devono essere offerti dai Comuni, obbedendo ad un requisito che corrisponda al numero di abitanti per Regione Politica Amministrativa (RPA) che tenga conto della distribuzione della popolazione per quartieri. Secondo la PNAS (Brasil, 2005), “la protezione sociale di base si basa sul servizio di monitoraggio di gruppi territoriali fino a 5.000 famiglie vulnerabili, in centri fino a 20.000 abitanti”.

Questa è la linea guida giuridica, ma dal punto di vista della realtà concreta, i CRAS fungono da Centri di Riferimento per una popolazione molto più ampia del previsto, il che rende difficile e compromette la qualità del lavoro svolto dai professionisti che vi operano. Nella città di Recife, ad esempio, la cui popolazione stimata dall'IBGE, nel 2021, è 1.661.017 abitanti⁵⁸, sono solo 12 CRAS, distribuiti dalle APR (Regioni Politico-Amministrative), 6 CREAS e 2 Centri POP a servizio dell'intera popolazione. Ciò riflette ancora il residuo della non centralità della politica di assistenza sociale nell'elenco delle altre politiche sociali e, allo stesso tempo, rappresenta una negligenza degli organi di governo per quanto riguarda l'erogazione dell'assistenza alla popolazione.

Le équipes professionali sono composte da assistenti sociali, psicologi, pedagoghi e tecnici amministrativi, ma la mancanza di un numero adeguato di CRAS nei comuni rende tali équipes insufficienti a soddisfare le richieste della popolazione e rende difficile soddisfare tutti i prerequisiti del PNAS. che considera anche la necessità del lavoro di comunità come riferimento per gli studi sociali e le diagnosi sociali nei territori. Si ritiene inoltre che la mancata definizione delle fonti di risorse renda la Politica di Assistenza, una politica vulnerabile agli interessi del governo che, nell'attuale congiuntura, si rivela sfavorevole al finanziamento dei servizi e dei

⁵⁸ IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/recife.html>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

programmi previsti dalla normativa . A rigor di termini, per il bilancio della previdenza sociale, LOAS raccomanda che:

Stati, Distretti Federali e Comuni investano almeno il 5% della raccolta totale dei loro bilanci per l'area, considerata l'estrema importanza di istituire efficacemente il cofinanziamento, data la grande richiesta ed esigenza di risorse per questa politica. (Brasile, PNAS, 2004).

Durante la pandemia di Covid-19, la distribuzione degli investimenti in assistenza non ha privilegiato il rispetto della normativa, tanto che il governo centrale ha affidato le spese all'assistenza sociale agli Stati e ai Comuni, fatto che ha rappresentato un grande sforzo in questi casi e una mancanza di responsabilità dell'amministrazione a livello federale con il sociale. I comuni più poveri non sono stati in grado di soddisfare la domanda, soprattutto quella che si è rivelata più forte, ovvero l'aumento della miseria e della fame. La negligenza del governo centrale ha sovraccaricato gli organi dei singoli Stati e comunali e ha impedito un'azione centralizzata per far fronte alla pandemia, lasciando la responsabilità della salute e dell'assistenza agli organismi decentrati, il che ha portato ad un'azione specifica di questi organi, secondo le loro possibilità e risorse finanziarie. Le comunità e le favelas non sono state adeguatamente supportate in risorse e dispositivi di protezione contro la diffusione del virus e la raccomandazione del lockdown non è stata seguita alla lettera, dati i bisogni materiali di cibo e di sopravvivenza. Solo molto tardi il governo federale ha approvato l'aiuto d'emergenza con il legislatore, che è arrivato a raggiungere l'importo di R\$ 600,00, dopo molte trattative al Congresso, dato che la proposta iniziale dell'esecutivo era di soli R\$ 200,00. A questo proposito, vale la pena considerare il dibattito sull'universalizzazione contro la selettività nell'ambito della fornitura di servizi e prestazioni di assistenza sociale, secondo questa importante affermazione di Robélia Lopes:

vediamo alcune misure che, anche emergenziali nel contesto della pandemia, sono arrivate con una forte focalizzazione e selettività, come gli aiuti di emergenza che hanno escluso molti lavoratori che non hanno potuto accedere agli aiuti perchè i criteri ~~che~~ erano molto confusi, a causa della non- trasparenza delle informazioni, [sconosciuto:] da dove proviene questo database?, Da dove sono state ritirate queste persone che hanno o non hanno diritto agli aiuti di emergenza? Questa è stata una richiesta che è arrivata in modo molto concreto per noi all'interno del territorio del CRAS.⁵⁹

Pertanto, il lavoro dei professionisti del Servizio Sociale è stato in gran parte orientato alla distribuzione di cesti alimentari di base per ridurre al minimo le condizioni di insicurezza alimentare e fame della popolazione, e le apparecchiature SUAS sono diventate il riferimento per l'erogazione di questo servizio, come spiega la stessa Robélia Lopes:

assistenza sociale incentrata sul servizio di distribuzione dei panieri alimentari di base. [...] Quanto alla richiesta di contrasto alla fame, erano davvero richieste di emergenza, e poi si sono rivolti all'assistenza tecnica, che era anche di persona, non uscivamo dal territorio, in nessun momento. (Idem)

La LOAS propone anche un'azione intersettoriale, in cui i professionisti dell'assistenza sono chiamati a lavorare in una rete di assistenza sociale con professionisti e servizi di altre

⁵⁹ Programa Crivando a Pandemia, N°15. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=7AUgJVZXOs8>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

politiche sociali, in particolare quella della salute e dell'istruzione. Come possiamo ancora vedere, ciò che Robélia Lopes vuole dirci è che la dinamica del lavoro nella politica sanitaria era diversa dalla politica dell'assistenza sociale, perché nella sanità il team costituiva una proposta di lavoro, poiché era già un po' preparato, a causa di precedenti esperienze in relazione ad altre pandemie/endemiche.

Inoltre, possiamo anche vedere che dall'inizio di marzo 2020 il team NASF aveva già strutturato una proposta di lavoro. Diamo un'occhiata anche a questo estratto dalla testimonianza di Robélia Lopes:

In politica sanitaria, avendo già questa preoccupazione, eravamo già vigili, quando, a marzo/2020, è stata decretata la contaminazione della comunità, e qui a Pernambuco sono iniziati i casi di contagio, abbiamo già costruito una proposta di lavoro. Il team NASF è un team multidisciplinare in cui abbiamo un assistente sociale (sono io), un nutrizionista, un logopedista, un fisioterapista e un terapeuta occupazionale. E abbiamo progettato e riprogettato il nostro processo di lavoro, che comprendeva già alcune attività che potevano essere svolte a distanza e altre che potevano essere svolte di persona, e le abbiamo consegnate al nostro Coordinamento Gestionale. [...] Successivamente, quando il Comune di Recife ha emesso i protocolli, la nostra proposta era già stata incorporata nel protocollo di gestione iniziale. Quindi abbiamo in qualche modo anticipato il processo, che è stato molto interessante, perché era un processo collettivo e la gestione della NASF ha incorporato i processi che sono stati discussi dal team. Poi sono stati pubblicati questi processi: è uscito un articolo con questo disegno dei processi di lavoro mentre continuavamo a disegnare il programma. (Idem)

Questa azione di rete è stata una caratteristica che ha segnato la performance nell'ambito dell'assistenza, nel periodo della pandemia, dato che l'area sanitaria ha richiesto costantemente il supporto dei servizi di assistenza sociale per soddisfare i bisogni della popolazione che si esprimevano insieme a quei bisogni della pandemia e ha intensificato la condizione di vulnerabilità e rischio in cui si è trovata la popolazione. La mappatura di questa rete, effettuata dagli assistenti sociali, è stata presto socializzata attraverso materiali didattici, utilizzando risorse come whatsapp, instagram, ecc. per guidare utenti e altri professionisti. Nel caso di Robélia, possiamo vedere la qualità di questa importante azione sociale:

Ho iniziato a fornire assistenza presso l'unità per alcune situazioni per riferire alcuni servizi, quindi ho dovuto mappare questa rete, [...], stava cercando di identificare come funzionava il CAPS, com'era questo gateway che, con il Covid che cambiava continuamente, così come la dinamica di alcuni servizi, e poi da questa mappatura della rete e vedendo come il flusso e il protocollo dei servizi doveva ricevere gli utenti che arrivavano, abbiamo preparato, [...] dei materiali didattici, pedagogici. La grande fonte di diffusione di questi materiali sono stati i gruppi WhatsApp che abbiamo creato con le donne incinte e gli anziani che stavamo già seguendo. Quindi abbiamo creato gruppi WhatsApp e abbiamo anche aperto Instagram a chiunque potesse accedervi. (citato.)

5. Tecnologie dell'informazione - Le TIC e l'azione degli assistenti sociali

Un supporto fondamentale per il lavoro degli assistenti sociali, in questo contesto, è stato il lavoro a distanza, che ha rafforzato la rete di assistenza sociale e ha funzionato come possibile alternativa per rispondere alle esigenze sociali emergenti. Secondo l'assistente sociale Kylvia: "dovevamo adattarci molto rapidamente a questi strumenti e sono stati questi strumenti che ci hanno permesso di organizzare quella rete". (citato.)

Il dibattito sull'impatto delle tecnologie dell'informazione (TIC) sul lavoro professionale degli assistenti sociali è un tema sempre più studiato e ricercato, perché sempre più le TIC diventano presenti, non solo nelle aziende, ma anche nelle politiche sociali.

Siamo d'accordo con Raquel Raichelis e Carola C. Arregui (2021) quando affermano:

Nell'attuale contesto pandemico, ciò che era residuale ed embrionale, come il lavoro a distanza o il telelavoro, si è generalizzato come la "nuova normalità" - che non va naturalizzata -, richiedendo un monitoraggio critico, come certamente molte di queste modalità di lavoro, adottate in situazioni eccezionali, tendono a permanere anche dopo la pandemia, anche nell'attività didattica. (RAICHELIS, ARREGUI, 2021, p. 145)

Il lavoro a distanza, supportato dalle TIC, oltre ad essere svolto in spazi inadeguati (in fondo la casa non è stata creata per il lavoro), trasferisce i costi sugli stessi lavoratori (internet, pacchetto dati, manutenzione dei computer, energia elettrica, ecc.) e ha un impatto maggiore sulle donne, in quanto, nella tradizionale divisione sessuale del lavoro, sono loro che si assumono la responsabilità delle attività domestiche, della cura dei bambini, degli anziani e dei malati, subendo una maggiore invasione dell'orario di lavoro nella vita privata. (Ibid, p. 146)

In questo contesto, gli autori segnalano anche importanti riflessioni e strategie per il lavoro professionale, nel senso di stimolare l'esercizio della propria autonomia professionale.

È fondamentale che i professionisti definiscano tecnicamente ed eticamente cosa non è possibile fare nel telelavoro, cosa è possibile fare e a quali condizioni, al fine di garantire sicurezza sul lavoro, qualità delle cure, segreto professionale, rispetto dei diritti degli utenti e lavoratori. In caso negativo, queste decisioni saranno sicuramente imposte dal potere istituzionale durante e dopo la pandemia (Idem, pag. 148)

Così si è iniziato ad accedere a distanza a molti benefici, ma, nell'assistenza, il lavoro professionale è servito come possibilità di mediazione di informazione e formazione della popolazione per rendere possibile l'accesso al beneficio, come nel caso del BPC. Nella sua relazione, l'assistente sociale Robélia ha anche segnalato una preoccupazione per una tendenza alla "piattaforma" per l'accesso ai benefici, in particolare il BPC, una tale tendenza rende difficile per la popolazione accedere a questo beneficio, in quanto parte della popolazione o non ha un cellulare per scaricare l'applicazione o non ha le conoscenze per utilizzare la piattaforma. Tale processo, secondo Robélia, è una forma di espropriazione dei diritti:

abbiamo anche soddisfatto molta richiesta di BPC perché, con l'INSS [Instituto Nacional de Seguridade Social] chiuso, la popolazione non aveva accesso alle informazioni, non gestiva apparecchiature tecnologiche. Penso che questa informatizzazione sia una forma di espropriazione dei diritti, quindi la popolazione non ha avuto accesso, non ha capito questi cambiamenti e il CRAS è stato il servizio che ha accolto queste istanze territoriali (cit.).

Su questo aspetto siamo in linea con il pensiero di Boschetti e Teixeira quando affermano che:

l'espropriazione dei diritti sociali è intesa come un processo di sottrazione delle condizioni storiche di riproduzione della forza lavoro mediato dallo Stato sociale attraverso la riappropriazione, da parte del capitale, di parte del fondo pubblico precedentemente destinato ai diritti conquistati dalla classe operaia attraverso successive e schiaccianti controriforme delle politiche sociali, che obbligano la classe

operaia a offrire la propria forza lavoro sul mercato a tutti i costi e a sottomettersi ai rapporti di lavoro più perversi e precari, che aggravano l'estrazione del plusvalore relativo e assoluto (BOSCHETTI, TEIXEIRA , 2019, pag. 81).

6. La dimensione pedagogica del lavoro professionale

Un punto interessante evidenziato da Robélia è stato il fatto che, come assistente sociale, ha cercato di leggere l'esperienza di altri paesi durante la pandemia (come Portogallo e Spagna); così può trovare un modo per anticipare le richieste future che potrebbero raggiungere le strutture sociali, come l'aumento dei casi di violenza contro le donne.

Quindi ho cercato alcuni articoli dal Portogallo, anche per l'accessibilità della lingua, e anche dalla Spagna. Quindi ho visto alcuni “colli di bottiglia”, alcune situazioni, alcune espressioni della questione sociale in quel contesto, e poi ho visto che segnalavano molti problemi di salute mentale e problemi di aumento delle situazioni di violazione dei diritti e di violenza contro le donne, contro le persone vecchie. Quindi, sulla base di questo studio di ciò che potrebbe accadere nel territorio, e immaginando che possa accadere in modo più accentuato. [...] Questi casi, come il Nucleo, li ho elencati come emergenze e sarebbero casi in cui, sì, farei una visita a domicilio rispettando i protocolli. (Idem)

E infatti abbiamo ricevuto molte denunce da parte della comunità: credo che la comunità sia diventata più sensibile e più attenta a queste situazioni di violazione dei diritti e di negligenza [...] E credo che il Pubblico Ministero abbia chiuso i suoi servizi e queste richieste erano molte ~~doni~~ per le persone che erano nel territorio. (Idem)

In questo contesto, la dimensione pedagogica del Servizio Sociale è stata molto richiesta, per le istanze emergenti nel territorio, e fortemente valorizzata dagli operatori sociali, come si evince dalla seguente affermazione:

Abbiamo organizzato in questa dimensione sia l'assistenza, l'assistenza tecnico-assistenziale, il monitoraggio, le visite domiciliari; quando abbiamo riorganizzato le esigenze di una dimensione pedagogica, che sono i gruppi che eravamo soliti fare, così abbiamo ricostruito a distanza gruppi che già esistevano... per le gestanti... per gli anziani. Abbiamo prodotto molto materiale didattico. In questo periodo che stavamo ricevendo, avevamo residenti del programma di residenza sanitaria familiare dell'Assessorato alla Salute, quindi insieme ai residenti abbiamo costruito tanto materiale didattico, che ha facilitato le nostre attività a distanza, i gruppi e questa approssimazione. (Robelia, cit.)

È stata inoltre predisposta una newsletter per diffondere informazioni rivolte ad altri operatori sanitari, attraverso tale giornale i professionisti hanno raccontato le loro esperienze. Il giornale è stato utilizzato anche come strumento di dibattito e riflessione politica, come ad esempio il dibattito sulla questione razziale – “Black Lives Matter”. (Robelia, cit.).

Vediamo ora una dichiarazione di un'assistente sociale, Priscylla Cavalcante, che riafferma l'importanza delle *lives*, come spiegazione della dimensione pedagogica della pratica dei professionisti:

Sottolineo l'importanza per gli operatori dei servizi sociali dei corsi/incontri/seminari/dibattiti (CRESS/CFESS/Professore/as) che sono stati proposti

e realizzati attraverso la vita durante il periodo della pandemia, utilizzando la tecnologia a favore del rafforzamento/miglioramento della categoria professionale.⁶⁰

La dimensione pedagogica, infatti, è inerente e indispensabile al lavoro dell'assistente sociale, in ogni spazio socio-lavorativo, soprattutto nelle comunità e nei territori, in quanto è quella dimensione capace di ritirare gli individui e gli utenti del Servizio Sociale e la popolazione in generale e dare loro una prospettiva di coscienza che consenta loro di comprendere e agire di fronte alla realtà in modo critico e organizzato. Secondo l'analisi di Marina Abreu,

La dimensione pedagogica del Servizio Sociale si riferisce alla sua funzione primaria ed essenziale nella società, cioè riguarda gli effetti dell'azione professionale sul modo di pensare e di agire dei soggetti coinvolti in questo processo, contribuendo alla formazione delle soggettività e comportamenti collettivi, elementi che costituiscono una cultura, che, sulla base dell'analisi Gramsciana, riguarda il modo di vivere, cioè il modo di pensare e di agire, la socialità, adeguata alla razionalizzazione della produzione e del lavoro, quindi una dimensione dei rapporti di egemonia nella società (ABREU, 2004, p. 66)

A tal proposito, consigliamo di leggere il nostro articolo Ethics, Science and Pandemia, pubblicato sulla rivista Cadernos GEPE (MUSTAFÁ, 2021), in cui riflettiamo “sulla necessità di mettere in discussione il significato stesso della scienza e l'urgenza che abbiamo, nei tempi moderni, per inaugurare una riflessione su cosa sia la scienza e quale sia lo spartiacque con il buon senso”. In altre parole, lì:

[...] facciamo alcune considerazioni sulla tradizione che sta alla base del concetto stesso di scienza, già nella filosofia antica, che è alla base della cultura occidentale e del dibattito che per secoli ha permeato la nozione di scienza e di buon senso.⁶¹ Infine, si estraggono gli apporti del pensiero materialista storico dialettico che ha rappresentato uno spartiacque nella comprensione del significato dell'ideologia, come versione capovolta della realtà che mistifica i fatti, attribuendo loro la propria e divina esistenza, sottovalutando la capacità razionale di esseri umani ad interpretare la realtà e ad agire su di essa consapevolmente e autonomamente.⁶¹

In questo senso è anche interessante percepire l'impegno dei professionisti nella ricerca di esperienze/relazioni professionali socializzanti attraverso l'elaborazione di articoli sul processo lavorativo:

L'esperienza delle persone nella cura della salute mentale dei lavoratori [...] siamo anche riusciti a pubblicare sulla rivista Estudos Universitários da UFPE, il nostro articolo è stato pubblicato a dicembre. Così abbiamo iniziato a pensare alle esperienze e a sistematizzare perché era tutto molto nuovo, e anche a dare uno sguardo alla pubblicazione e alla socializzazione di queste esperienze. (Robelia, Idem).

⁶⁰ Programa Crivando a Pandemia. Nº13. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=NE5bdRC7pAc&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=13>. Acesso em: 24 jul. 2022

⁶¹ MUSTAFÁ, Maria Alexandra. Ética, Ciência, Pandemia e Serviço Social. In: **Cadernos GEPE**. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernosgepe/article/view/252877>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

Altri professionisti hanno partecipato a WG (Gruppi di lavoro) per riflettere e sviluppare protocolli che sosterebbero il lavoro degli stessi professionisti, in considerazione delle richieste presentate dagli utenti, come si può vedere nella dichiarazione di José Albuquerque:

Ho partecipato a questo GdL, è stato a livello nazionale, ho partecipato in rappresentanza della Soprintendenza 4, che è la Regione Nordest dell'INSS. In questo GdL, oltre a me, un assistente sociale, c'erano professionisti di altre aree, come OT, fisioterapisti, e abbiamo discusso di come il servizio riabilitativo potesse fornire questi servizi, e poi abbiamo costruito un'ordinanza per standardizzare questi servizi con la popolazione .

7. Mancata prioritizzazione degli assistenti sociali che operano nel settore dell'assistenza in via prioritaria nel periodo della pandemia

Robélia ha anche segnalato il suo impegno nella lotta degli assistenti sociali per la vaccinazione, poiché non erano inclusi nel Piano nazionale di immunizzazione e ricevevano anche DPI di dubbia qualità, quando avevano bisogno di una buona attrezzatura per svolgere il lavoro discutendo direttamente a tu per tu, in particolare le visite domiciliari:

Ci siamo organizzati politicamente e abbiamo dovuto fare un grande confronto, perché in nessun momento abbiamo lasciato il territorio, abbiamo smesso di lavorare, ma non siamo stati inseriti nel piano nazionale di immunizzazione. La politica di assistenza sociale è stata resa invisibile. E poi abbiamo dovuto organizzarci politicamente, creare strategie di lotta per farci vedere e vaccinare, e poi abbiamo fatto una grande strategia di incontri, mobilitazioni, un giorno di sciopero, abbiamo allestito striscioni, siamo scesi in piazza con poche persone, con il distanziamento sociale, ma avevamo bisogno di essere visti perché altrimenti non saremmo stati vaccinati. Sono stato vaccinato perché ero anche un operatore sanitario, ma i miei compagni no ed erano esposti tutto il tempo. (citato.)

Da questo discorso, oltre all'azione politica nella lotta per i diritti del lavoro, si evince una “solidarietà di classe”, perché sebbene lei (Robélia) fosse vaccinata perché era anche una professionista sanitaria, gli altri colleghi no. Pertanto, ha partecipato e contribuito all'organizzazione degli operatori sanitari. Qui vale la pena evidenziare la traiettoria storica dell'organizzazione degli operatori dell'assistenza sociale a Recife, a cui si può accedere dall'articolo di Salyanna de Souza Silva e Alexandra Mustafá⁶² che dà visibilità a questa lotta nella politica di assistenza sociale nella città di Recife.

Considerazioni finali

La definizione delle priorità dell'etica e le lezioni per il futuro del servizio sociale

Il Servizio Sociale brasiliano ha adottato il pensiero marxista come base dei suoi principi teorico-metodologici, fin dal “Congresso da Virada”, nel 1979, per giungere alla conclusione, dopo un lungo percorso storico e analitico, che il principio fondamentale dell'etica di Marx , che è l'innammissibilità dello sfruttamento dell'uomo, non può essere accettato da una professione come

⁶² SILVA, Salyanna de Souza; MUSTAFÁ, Maria Alexandra da Silva Monteiro. Projeto ético-político, consciência de classe e projeto societário: uma relação dialética. In: Revista Temporalis, v.11, n° 2, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/2190>. Acesso em 12 de dezembro de 2021.

la nostra che è necessariamente ed eminentemente umanista. Da allora ha dato vita ad un Progetto Etico-Politico, radicalmente umanista, che, fino ad oggi, guida la formazione e la pratica professionale, nelle sue dimensioni etico-politiche, teorico-metodologiche e tecnico-operative, nella ricerca della costruzione di un società emancipata, libera e democratica. Gli sviluppi di questo Progetto Etico-Politico sono stati, rispettivamente, la riformulazione degli indirizzi curriculari (1996), la riformulazione della Legge di Disciplina della Professione (1993), che definisce le attribuzioni e le competenze degli operatori sociali, e la riformulazione del Codice Etico (1993), i cui principi fondamentali sono la difesa intransigente dei diritti umani, la democrazia, la giustizia sociale, la lotta alla discriminazione e al pregiudizio e la difesa di un nuovo ordine sociale.

In linea con i Global Ethical Principles for World Social Work⁶³, elaborati da IASSW-AIETS e FITS (2016), una delle clausole del nostro Codice Etico è l'impegno a difendere la popolazione in situazioni di calamità. La pandemia ha rappresentato una grande calamità, in tutto il mondo, lasciando tutti gli esseri umani vulnerabili, specialmente quelli che sono in povertà o indeboliti nella loro immunità personale, come gli anziani.

In vista di tale situazione, gli assistenti sociali intervistati hanno espresso la loro adesione a tale principio e, pur in una situazione di rischio, si sono posti in prima linea nella lotta alla pandemia, in tutti gli spazi socio-lavorativi, in particolare in quello sanitario, assistenza e gerontologia sociale che richiedevano contemporaneamente cure in presenza e a distanza. Alcuni assistenti sociali hanno addirittura affermato che, data la natura inedita della situazione pandemica, oltre alle risorse teorico-metodologiche che costituiscono il loro bagaglio intellettuale e pratico, acquisite nel percorso formativo, hanno trovato maggiore sostegno nei principi e nelle norme spiegate nel Codice Etico, come possiamo vedere nella testimonianza di Iara Nunes:

Abbiamo dovuto rivedere gli strumenti; consultare la normativa, vedere come stavano lavorando in altri luoghi. È stato un momento di studio e analisi su come agire, preservando la garanzia di riservatezza nelle consultazioni non in presenza faccia a faccia (questione fondamentale in materia socio-giuridica). In un primo momento, l'istituzione non ha fornito strumenti per la nuova realtà. Come assistenti sociali, secondo il codice etico, abbiamo il dovere di guidare, informare sui diritti, ecc. [...] posso dire che non sono più lo stesso dopo la pandemia; Sono orgoglioso della mia professione, ancor di più dopo la pandemia; dal quadro teorico metodologico, dal codice etico, dall'impegno professionale. [...] Il neoliberismo dimostra sempre più che non si preoccupa della vita; è un progetto di morte. Il Servizio Sociale ha un Codice Etico, che rivendica la Vita, un'altra società e altri valori.⁶⁴

Molti hanno contratto il virus e, dopo il periodo di quarantena, sono tornati al lavoro, con la prospettiva di contribuire al processo di garanzia dei diritti della classe operaia, a fronte di uno Stato assente e lento di fronte a una situazione che richiede agilità e prontezza.

⁶³ IASSW-FITS. **Declaração Global de Princípios Éticos de Serviço Social**. Disponível em: <<https://www.iassw-aiets.org/wp-content/uploads/2021/09/Declaracao-Global-de-Servico-Social-de-Principios-Eticos.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

⁶⁴ Programa Crivando a Pandemia N° 2. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=HHNvbRmHdEo&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=2>. Acesso em: 25 jul. 2022.

L'impegno etico si è manifestato anche nella necessità di un'articolazione della categoria professionale per definire attribuzioni e competenze, vista l'immensità di richieste che venivano presentate sia dagli utenti che dagli altri professionisti nei gruppi di lavoro e che sfuggivano a ciò che è della natura del lavoro del Servizio Sociale, come si può vedere nella dichiarazione di Verônica Moura:

La prima azione è stata quella di demistificare le fake news nel mio lavoro, nel mio ambiente sociale, perché dal momento in cui le informazioni false raggiungono la società e le persone ci credono, danneggerà con veemenza questa lotta contro questa pandemia.⁶⁵

Un altro modo per dare visibilità a questo impegno etico è stato quello di cercare di riflettere scientificamente sulla situazione, anche di fronte al panico che ha dominato la popolazione e che l'ha contagiata. Sono stati creati diversi gruppi di studio, gruppi di lavoro per pensare “cosa fare” e “come combattere il negazionismo” che ha invaso il territorio brasiliano e il mondo. Sono stati scritti articoli e libri, sulla base delle esigenze delle università e dei loro gruppi di studio, e sono serviti da supporto per l'azione professionale consapevole e priva di immediatezza che costituiva la tentazione più predominante in quel periodo, che si rivela nella coscienza di Kylvia Martins, dando la seguente testimonianza:

mi ha fatto pensare molto quale fosse il concetto del verbo stop. Cos'è la fermata? Ricordo che nel momento in cui eravamo al culmine di queste azioni, la maestra Sálvea [Campelo], la maestra [Alexandra] Mustafa, alcuni insegnanti si sono messi in contatto con noi chiedendoci di sederci, perché scrivessimo quello che stavamo facendo in classe, il tempo e cosa stessimo facendo fino ad oggi. E poi ho detto: Oh mio Dio! È una cosa così semplice! Ma quanto era importante in quel momento avere davvero questo momento per fermarsi a riflettere! Non è solo farlo per il gusto di farlo, è importante in questo momento che ci fermiamo.⁶⁶

Pertanto, le conclusioni che emergono da tutta l'esperienza nella pandemia, indicano la necessità di creare corsi specializzati per affrontare le calamità e la priorità, nella formazione professionale, in materie che riflettano sul reale vissuto e su tutta l'esperienza accumulata in questo periodo. Come affermato da Priscylla Cavalcante,

Sottolineo il tema della calamità pubblica, non so se sarebbe opportuna la costruzione di una disciplina o un corso di estensione a breve termine di 20 o 30 ore. O anche una disciplina fissa nell'ambito del lavoro sociale, ma qualcosa che si occupa di calamità pubbliche e del lavoro sociale. [...] Lezione dura; non stiamo facendo, come umanità, ciò che potremmo fare per aiutare e assistere i più fragili. Conosciamo l'origine di questo; un sistema predatorio per l'ambiente e la vita. è necessario rafforzare la lotta per la vita ed essere consapevoli dell'origine dei problemi; lo faremo collettivamente; attraverso la formazione continua. strategie collettive di coping; continuare a costruire

⁶⁵ Programa Crivando a Pandemia N° 1. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Y8pktpUodZE&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=1>. Acesso em: 24 jul. 2022.

⁶⁶ Programa Crivando a Pandemia N° 13. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=NE5bdRC7pAc&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=13>. Acesso em 24 jul. 2022.

conoscenze critiche per le strategie; stabilire partnership in difesa della vita e organizzare comunità; rafforzare gli spazi collettivi di discussione e decisione; rafforzare il legame tra mondo accademico e pratica professionale.⁶⁷

La stessa concezione della necessità di miglioramento professionale, basata sull'esperienza di lavoro nel periodo della pandemia, è riscontrabile nelle testimonianze rispettivamente di Maria de Fátima Falcão e Ionara:

Non ero preparato professionalmente. Abbiamo bisogno di formazione per situazioni di calamità pubblica, per determinare le priorità; dobbiamo essere attrezzati per questo; formazione online, spazi come questo, oggi; dalla nostra esperienza, costruiamo elementi per agire nella calamità pubblica; affrontare il contagio diretto, con l'invisibile, è diverso; non siamo formati per questo; il vaccino è stato un momento importante che, purtroppo, ha richiesto molto tempo a causa della cattiva gestione che abbiamo; potremmo creare delle discipline nel curriculum dei corsi su questo tema.⁶⁸

Sento il bisogno di una letteratura sulla cura delle famiglie nella salute, nel cibo, nell'assistenza, nell'umanizzazione della salute, non in modo romantico, ma concreto; coinvolgere le famiglie in questo processo di cura e risoluzione, non fare riferimento solo all'assistenza; nuove dinamiche di assistenza alle situazioni di violenza. L'assistenza nella pandemia è stata molto problematica e limitata, non si può ripetere; problematiche relative agli anziani; dobbiamo avvicinare l'insegnamento e il lavoro professionale.⁶⁹

Infine, estraiamo le parole di Iara Nunes che sintetizzano il sentimento e la percezione dei professionisti del Servizio Sociale, a conclusione di ciò che hanno vissuto e la presa di coscienza delle potenzialità della professione:

Mi rende orgogliosa di avere questa formazione per comprendere la realtà. È un processo educativo per tutta l'umanità; il sistema capitalista non è più sostenibile! Arte, educazione, politica sono spazi fondamentali, strumenti necessari per questo lavoro di sensibilizzazione, che è un lavoro molto difficile. Intendo essere un assistente sociale più attivo, migliore e più impegnato nella lotta contro la pandemia.⁷⁰

⁶⁷ Programa Crivando a Pandemia N^o 13. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=NE5bdRC7pAc&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=13>. Acesso em 24 jul. 2022.

⁶⁸ Programa Crivando a Pandemia N^o 4. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=muipBKbTbs&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=4>. Acesso em: 24 jul. 2022.

⁶⁹ Programa Crivando a Pandemia N^o 13. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=NE5bdRC7pAc&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=13>. Acesso em 24 jul. 2022.

⁷⁰ Programa Crivando a Pandemia N^o 2. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=HHNvbRmHdEo&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=2>. Acesso em: 25 jul. 2022.

Ringraziamenti

Desideriamo esprimere un sincero ringraziamento agli assistenti sociali che, in qualità di membri del Gruppo di Studi e Ricerche sull'Etica (GEPE) dell'UFPE, hanno partecipato attivamente al programma Crivando a Pandemia, senza i quali non sarebbe stato possibile realizzarlo così magistralmente. Si tratta di: Cíntia Maria Silva, Luana Corrêa, Verônica Moura, Matheus Gomes e Cleomar Melo.

RIFERIMENTI

- ABREU, Marina Maciel. A dimensão pedagógica do Serviço Social. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**, nº 79 – Ano XXV – Especial 2004.
- ANTISERI, Dario; REALE, Giovanni. **Filosofia: Antiguidade e Idade Média**. Vol. I. São Paulo: Paulus, 2017.
- ANTUNES, Ricardo. **O trabalho sob fogo cruzado**. Boitempo: São Paulo, 2020.
- BOSCHETTI, Ivanete Salet; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. O draconiano ajuste fiscal no Brasil e a expropriação de direitos da seguridade social. In: SALVADOR, Evilasio; BEHRING, Elaine; LIMA, Rita de Lourdes de (orgs.). **Crise do capital e fundo público**: implicações para o trabalho, os direitos e a política social. São Paulo: Cortez, 2019.
- BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social e projeto ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania? In: Revista Serviço Social e Sociedade. nº 79. São Paulo: Cortez, 2004, p. 108-132.
- BRASIL DE FATO. **Brasil ultrapassa marca de mil indígenas mortos em decorrência da covid-19**. Disponível em <<https://www.brasildefato.com.br/2021/03/13/brasil-ultrapassa-marca-de-mil-indigenas-mortos-em-decorrencia-da-covid-19>>. Acesso em: 21 jun. 2022.
- BRASIL SEM FOME. **Em pouco mais de um ano, são 14 milhões de novos famintos no Brasil**. (Fonte: Rede PENSSAN). Disponível em: <<https://www.brasilsemfome.org.br/>>. Acesso em: 18 jul. 2022.
- BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS) 2004; Norma Operacional Básica (NOB/SUAS)**. Disponível em: <<https://www.prattein.com.br/home/images/stories/PDFs/PNAS-2004.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2022.
- CARTA CAPITAL. **Os estímulos econômicos do governo beiram o ridículo...** Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/opiniaio/os-estimulos-economicos-do-governo-beiram-o-ridiculo/>>. Acesso em 26 jan. 2022.
- CBN Recife. **MPPE recomenda testagem geral de Covid-19 nos idosos residentes e equipes profissionais das ILPIs do Recife**. Disponível em: <<https://www.cbnrecife.com/artigo/mppe-recomenda-testagem-geral-de-covid-19-nos-idosos-residentes-e-equipes-profissionais-das-ilpis-do-recife>>. Acesso em: 16 jul. 2022.
- CNN Brasil. **Fortuna de bilionários do mundo cresceu 60% durante a pandemia**. Disponível em: <[https://www.cnnbrasil.com.br/business/fortuna-de-bilionarios-do-mundo-cresceu-60-durante-a-pandemia/?amp](https://www.cnnbrasil.com.br/business/fortuna-de-bilionarios-do-mundo-cresceu-60-durante-a-pandemia/?amp;)>. Acesso em 26 jan. 2020).

_____. **Negros têm 1,5 vezes mais chances de morrer por Covid-19 no Brasil, diz OCDE.** Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/negros-tem-15-mais-chance-de-morrer-por-covid-19-no-brasil-diz-ocde/>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

CONTI, Silvana. **O negacionismo como estratégia política.** Sul21, 2020. Disponível em: <<https://sul21.com.br/opiniaio/2020/06/o-negacionismo-como-estrategia-politica-por-silvana-conti/>>. Acesso em: 25 jan. 2022.

CORRÊA, Luana; LIMA DA SILVA, Micelane. O papel do assistente social nos abrigos/ILPIs e a interdisciplinaridade no trabalho com idosos. In: MUSTAFÁ, Alexandra (org.). **Serviço Social e gerontologia: a proteção da pessoa idosa em tempos de pandemia.** 2020. Disponível em: <<https://editora.ufpe.br/books/catalog/view/362/372/1094>>. Acesso em: 16 jul. 2022.

CORREIO BRASILIENSE. **Pacote anunciado pelo governo deve liberar R\$ 1,2 trilhão aos bancos.** Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/economia/2020/03/24/internas_economia,836224/pacote-anunciado-pelo-governo-deve-liberar-r-1-2-trilhao-aos-bancos.shtml>. Acesso em 26 jan. 2022.

DE ANCHIETA, Padre José. **CARTAS, Informações, Fragmentos Históricos e Sermões do Padre Joseph de Anchieta, S. J. (1554 - 1594).** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1933. Disponível em: <http://objdigital.bn.br/objdigital2/acervo_digital/div_obrasraras/or84081/or84081.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2022.

DE ANDRADE, Tânia; DIONÍSIO, Fabíola. Condições de vida da pessoa idosa nos abrigos/ILPIs: natureza dos abrigos e suas implicações sociais, políticas e ideológicas. In: MUSTAFÁ, Alexandra (org.). **Serviço Social e gerontologia: a proteção da pessoa idosa em tempos de pandemia.** 2020. Disponível em: <<https://editora.ufpe.br/books/catalog/view/362/372/1094>>. Acesso em: 16 jul. 2022.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. Publicado em: 04/02/2020, Edição: 24-A, Seção: 1 – Extra, Página: 1. Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>>. Acesso: 23 jan. 2022.

DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE PERNAMBUCO. 17 de março de 2021. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diario-oficial-17-mar-2021_portaria_sespe_no_187.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2022.

FIOCRUZ. **Brasil de Volta ao Mapa de Fome.** Disponível em <<https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/noticias/brasil-de-volta-ao-mapa-da-fome>>. Acesso em: 18 jul. 2022.

_____. **Negros são os que mais Morrem por Covid-19 e os que Menos Recebem Vacinas No Brasil.** Disponível em: <<https://www.epsvj.fiocruz.br/podcast/negros-sao-os-que-mais-morrem-por-covid-19-e-os-que-menos-recebem-vacinas-no-brasil>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

FIOCRUZ. **Estudo identifica principais fake news relacionadas à Covid-19.** Portal Fiocruz. Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. 21 maio 2020. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-identifica-principais-fake-news-relacionadas-covid-19>>. Acesso em: 13 maio 2021.

FOLHA DE SÃO PAULO. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/01/bh-diz-ter-caso-suspeito-de-coronavirus-mas-ministerio-da-saude-diz-que-e-alar-me-falso.shtml>>. Acesso em: 23 jan. 2022.

GAZETA DO POVO. **6 medidas incomuns adotadas pela China para conter o coronavírus.** Por Isabella Mayer de Moura 17/02/2020. Disponível em: <<https://www.gazetadopovo.com.br/mundo/6-medidas-incomuns-adotadas-pela-china-para-conter-coronavirus/>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

IASSW-FITS. **Declaração Global de Princípios Éticos de Serviço Social**. Disponível em: <<https://www.iassw-aiets.org/wp-content/uploads/2021/09/Declaracao-Global-de-Servico-Social-de-Principios-Eticos.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/recife.html>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

_____. **Em 2010, Brasil tinha 8,3 milhões de pessoas morando em áreas com risco de desastres naturais**. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21565-em-2010-brasil-tinha-8-3-milhoes-de-pessoas-morando-em-areas-com-risco-de-desastres-naturais>>. Acesso em: 17 jun. 2022.

_____. **Desemprego**. Disponível em: <ibge.gov.br/explica/desemprego.php>. Acesso em: 18 jul. 2022.

JORNAL DCE. **Entenda o que é Negacionismo e porque a palavra tem sido usada**. Disponível em: <<https://www.dci.com.br/dci-mais/noticias/brasil/entenda-o-que-e-negacionismo-e-porque-a-palavra-tem-sido-usada/82511/>> Acesso em: 25 jan. 2022.

MARTINS, Elizangela; CAPELO E PAIVA, Sálvea; SILVA, Vanessa (orgs.). Observatório ILPI. 26 em Tempos de Pandemia: uma articulação em defesa dos direitos das pessoas idosas. Curitiba: CRV, 2021.

MARTINS, Tereza Cristina. Racismo Estrutural, Institucional e Serviço Social. São Cristóvão: UFS, 2020.

MELO, Delaine Cavalcanti Santana de; SILVA, Lorena Karla Melo da. Estratégias Formativas e Assistenciais na Saúde em um Ano Inimaginável. In: **Cadernos GEPE**. V. 1, n. 1, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernosgepe/article/view/252875/40283>>. Acesso em: 25 jun. 2021.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan./mar. 2014, p.77-92. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2022.

MUSTAFÁ, Maria Alexandra da S. Monteiro. Ética, Ciência, Pandemia e Serviço Social. In: **Cadernos GEPE**. V.1. n. 1, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernosgepe/article/view/252877/40285>>. Acesso em: 26 jun. 2022.

MUSTAFÁ, Alexandra; MELO, Luanna. BLACK LIVES MATTER: a reflection. In: **Social Dialogue**. Disponível em: <https://socialdialogue.online/sd23/07_article.html n.>. Acesso em: 25 jul. 2022.

NETO, José Paulo. Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez, 1991.

OCDE. **Health at a Glance 2021**. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_919b5f62-en>. Acesso em: 24 jul. 2022.

OLIVEIRA FILHO, Ivanildo; MELO, Luanna. A América em tempos de pandemia: A desigualdade entre os países no enfrentamento da COVID-19. In: **Cadernos GEPE**, V. 1, n. 1, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernosgepe/article/view/252894>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

OPAS. **Histórico da Pandemia de COVID-19**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>. Acesso em: 23 jan. 2022.

PODER 360. **Coronavírus matou 142 mil Idosos no Brasil**. Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/coronavirus/coronavirus-matou-142-mil-idosos-no-brasil-conheca-situacao-de-5-paises/>>. Acesso em: 16 jun. 2022.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA. **Recursos Federais destinados ao combate da pandemia de CORONAVÍRUS (COVID-19)**. Disponível em:

<www.portaltransparencia.gov.br/coronavirus?ano=2021>. Acesso em: 26 jan. 2022.

PROGRAMA CRIVANDO A PANDEMIA. **Playlist**. In: Canal IASSW-BRASIL. Disponível em: <https://www.youtube.com/playlist?list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3>. Acesso em: 24 jul. 2022.

RAICHELIS, Raquel; SILVA, Ma. Ozanira; COUTO, Berenice; YAZBEK, Carmelita. (Orgs). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: disputas e resistências em movimento**. São Paulo: Cortez, 2019.

RAICHELIS, Raquel; ARREGUI, Carola C. **O trabalho no fio da navalha: nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia**. In: Revista Serviço Social & sociedade, nº 140, 2021.

SILVA, Cíntia. TEMPOS DE PANDEMIA: Fake news, negacionismo e atuação ético-política do(a) assistente social. In: **Cadernos Gepe**, V1, n.1., 2021. Disponível em <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernosgepe/article/view/252885>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

SILVA, Salyanna de Souza; MUSTAFÁ, Maria Alexandra da Silva Monteiro. Projeto ético-político, consciência de classe e projeto societário: uma relação dialética. In: **Revista Temporalis**, v.11, nº 2, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/2190>. Acesso em 12 de dezembro de 2021.

SPOSATI, Aldaíza. **A menina LOAS: um processo de construção da assistência social**. São Paulo: Cortez, 2010.

SUL21. **Em duas semanas, número de negros mortos por coronavírus é cinco vezes maior no Brasil**. Disponível em: <<https://sul21.com.br/coronavirus-2/2020/05/em-duas-semanas-numero-de-negros-mortos-por-coronavirus-e-cinco-vezes-maior-no-brasil/>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

UOL. **Ministro: coronavírus preocupa no Carnaval, mas não tem como parar a vida...** Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/01/31/ministro-coronavirus-preocupa-no-carnaval-mas-nao-tem-como-parar-a-vida.htm>>. Acesso: 13 maio 2022.

ITALIA

Servizio sociale e pandemia da COVID-19 in Italia: maturare la coscienza professionale di essere scienza ed arte insieme

*Lluís Francesc Peris Cancio⁷¹
Maddalena Floriana Grassi⁷²*

Nel tentativo di indagare a livello mondiale quale sia stato il processo di presa di coscienza dei cambiamenti avvenuti nella pratica del servizio sociale durante e dopo l'emergenza pandemica da COVID-19 e quali riflessioni si siano sviluppate intorno ai cambiamenti da apportare negli insegnamenti di servizio sociale rivolti agli studenti, questo contributo riporta uno spaccato dell'esperienza italiana.

Nella prima parte del capitolo si ricostruisce quanto storicamente avvenuto in Italia durante l'avvento della pandemia, evidenziando, da una parte, il suo impatto a livello nazionale e trasversale rispetto ai settori della vita sociale ed economica e, dall'altra, le caratteristiche del suo fronteggiamento dal punto di vista del servizio sociale.

La ricostruzione della situazione in cui è venuto a trovarsi il servizio sociale e delle varie strategie di resilienza messe in atto è stata possibile soprattutto grazie agli studi fioriti negli anni della pandemia che hanno messo in evidenza il legame tra l'essere persona e l'essere professionista, tra la tutela della salute e la tutela dell'ambiente fisico e sociale, tra il bene individuale e quello collettivo. Tali legami, che già c'erano, diventano più visibili e più forti rispetto al passato, al punto da entrare nella sfera delle libertà personali generando, da una parte, manifestazioni di dissenso, scetticismo, incredulità rispetto alla consapevolezza che quanto stava avvenendo fosse reale; e dall'altra, manifestazioni di solidarietà da parte degli abitanti delle comunità territoriali secondo reciprocità e con attenzione particolare alle fasce più deboli.

Nell'ultima parte del capitolo vengono presentati i risultati della ricerca svolta in Italia e riportate le testimonianze e le riflessioni degli assistenti sociali che hanno partecipato allo studio, secondo le dimensioni di analisi concordate a livello internazionale: il processo di presa di coscienza dell'emergenza e del ruolo del servizio sociale nell'emergenza; la dimensione etico-politica, teorico-metodologica e teorico-pratica del lavoro professionale nei contesti e nelle organizzazioni di appartenenza; gli apprendimenti che i professionisti ritengono debbano essere integrati nella formazione degli studenti che rappresentano il futuro del servizio sociale.

⁷¹ Università di Roma Sapienza

⁷² Università di Bari Aldo Moro

L'immediato impatto della pandemia in Italia.

L'Italia vanta il triste primato mondiale di primo paese, dopo la Cina, ad essere stato travolto dai gravi effetti della pandemia sul proprio territorio nazionale. Da dicembre 2019, quando apparvero i primi casi, fino all'inizio dell'anno 2020, quando l'attenzione mediatica si concentrò su Bergamo e sulla Lombardia, si è assistito a "l'accendersi di una miccia" che giorno dopo giorno si è trasformata in una minaccia reale senza precedenti per tutto il territorio nazionale.

Si potrebbe affermare che la reazione del governo italiano è stata tempestiva sin dal primo momento, pur nell'assoluta novità di una situazione di crisi sanitaria senza precedenti: già il 23 febbraio 2020, il Consiglio dei Ministri varò un primo Decreto presidenziale (DPCM) sulle prime misure di contenimento e di gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. Il decreto riguardava un territorio ristretto, ovvero, i comuni della Lombardia e del Veneto e aveva la finalità di contrastare la prima veloce ondata di contagi prima che questi si estendessero al resto del territorio nazionale e le cui conseguenze per i contagiati erano letali. Ma la situazione è precipitata subito e si dovette accelerare con ulteriori misure di contrasto alla diffusione: solo due giorni dopo, il 25 febbraio, seguì un secondo Decreto molto più stringente, applicato a più ampi settori del paese. Insieme alle persone, si dovette fermare anche buona parte delle attività economiche, formative e scolastiche, culturali, di culto religiose, sportive e delle diverse forme di socialità pubblica nelle regioni del Nord-Italia. Di fronte alle imponenti conseguenze economiche che questa decisione comportava nell'immediato, appena tre giorni dopo si rese necessario emanare un nuovo decreto-legge che introdusse misure urgenti a sostegno alle famiglie, dei lavoratori e delle attività produttive paralizzate.

Per la maggior parte degli italiani è rimasta però impressa la data del 4 marzo 2020, il giorno in cui il Presidente del Consiglio firmò un nuovo decreto che investiva in modo incisivo l'intero territorio nazionale, senza più differenze regionali: il divieto di ogni forma di assembramento di persone in luoghi pubblici o aperti al pubblico aveva ora estensione nazionale. Fu soprattutto la chiusura di tutte le scuole italiane a far sprofondare la popolazione nella consapevolezza che si trattava ormai di un'emergenza sanitaria senza precedenti. In nessun altro paese occidentale la situazione era così grave e l'Italia era il primo paese europeo ad imporre un *lockdown* così drastico. Nel giro di pochi giorni tutte le attività commerciali e di vendita al dettaglio furono chiuse.

Il 22 marzo i ministri della Salute e dell'Interno adottarono una nuova ordinanza che vietava a tutte le persone fisiche di trasferirsi o spostarsi con mezzi di trasporto pubblici o privati in comuni diversi da quelli in cui si trovavano, salvo che per comprovate esigenze lavorative o di assoluta urgenza. Come in guerra, il termine *coprifuoco* entrò a scandire la vita di tutti gli italiani: non appena scattava l'ora serale in cui nessuno poteva uscire da casa. Una tale restrizione di libertà non si era mai vista in tutta la storia dell'Italia repubblicana, dal 1948 ad oggi. Così, nell'arco di tempo di un solo mese, l'intera popolazione si ritrovò in una situazione di eccezionalità inedita.

L'emergenza ha suscitato anche perplessità tra tante persone: la calamità non si era manifestata a partire da un impatto violento o da una catastrofe visibile a tutti, tale da giustificare una mobilitazione di soccorsi che si sarebbe poi gradualmente attenuata fino al ripristino della normalità; piuttosto una serie di casi inizialmente contenuta si è estesa in maniera esponenziale dando vita però ad una statistica dei contagi e delle morti, e quindi alla percezione di un nemico invisibile, che andava arginato nella sua minacciosità imminente, senza tuttavia certezze sui rimedi, né sulla durata del fenomeno (Gui, 2020).

La comunicazione dei contagi, dei deceduti e dei guariti divenne subito quotidiana, testimonianza di un problema su scala globale, intangibile, misterioso, sconosciuto. La calamità si era subito mostrata pervasiva, investendo tutti, vittime e soccorritori e trovando impreparati esperti, scienziati e istituzioni. L'estrema incertezza ha avvolto le previsioni sulla durata dell'epidemia che ne frattempo si era fatta pandemia e sul tragitto che portasse al ripristino della normalità. Il sentimento di impotenza di fronte alla crescita inarrestabile dei contagi dilagava. Questa *invisibilità del nemico* ha fatto sì che, sin dai primi giorni, una parte della popolazione sia stata contraria o resistente alle misure, incredula della loro necessità, in alcune occasioni dubbiosa al punto da leggersi una cospirazione delle istituzioni, artifici di un'invenzione o di una esagerata calibrazione dei rischi che si traducevano in una restrizione delle libertà personali difficile da accettare.

L'assistente sociale come persona e come professionista nell'emersione pandemica.

Come sottolinea una delle principali ricerche di servizio sociale realizzata in Italia, l'impatto dell'emergenza ha visto gli assistenti sociali coinvolti in prima linea nel combattere gli effetti della pandemia sia come persone, sia come professionisti (Mordeglia, 2020). Infatti, la novità assoluta delle conseguenze del COVID-19 è nel fatto che non può che essere intesa come un fatto sociale totale, in quanto fenomeno che trasforma tutte le dimensioni del sociale, tutti i meccanismi di funzionamento della comunità di riferimento (Mauss, 1924). La pandemia ha scosso completamente le basi della società e ha rovesciato le dinamiche economiche, politiche, culturali e, perfino, simboliche in cui il servizio sociale, e gli assistenti sociali, avevano operato fin quel momento.

A differenza della letteratura anglosassone sul servizio sociale, quella italiana non vanta molte riflessioni sulla capacità del servizio sociale di affrontare calamità, crisi e shock come nel caso di terremoti, inondazioni e catastrofi naturali. Quanto avvenuto con la pandemia ha colto sicuramente impreparati la maggior parte dei professionisti del servizio sociale. Come sostiene il presidente del CNOAS⁷³, lo "sconvolgimento" che la pandemia ha prodotto nei sistemi di protezione sociale, sociosanitario e assistenziale territoriale ha avuto conseguenze più gravi come conseguenza del momento delle politiche sociali in Italia: le misure di *austerity* e il *new public management* applicati alla sanità e al sociale negli ultimi anni con tagli lineari e una riduzione dell'investimento nella formazione dei professionisti hanno avuto la loro influenza. Inoltre, l'Italia è pervasa da elementi di criticità legati a una *governance* frammentata e farragginosa, ad una mancata definizione di politiche organiche a livello nazionale e regionale e a divari infrastrutturali (dei servizi) sia intraregionali che interregionali, con prevalenza di trasferimenti economici e prestazionali a scapito di logiche e interventi di prevenzione e di supporto (Gazzi, 2020).

In ogni catastrofe e calamità i primi momenti sono segnati dall'allarme, dalla confusione, da una deflagrazione che scombina prepotentemente la *routine* (Desai, 2006). Ciò che è dato per ovvio, che fa parte del quotidiano, non è più "al suo posto" o, addirittura, non c'è più. Il contesto ambientale appare mutato repentinamente, fino ad essere irriconoscibile (Dominelli, 2013; Gui, 2016). Questo è quanto è successo al servizio sociale italiano a partire dal marzo 2020, portando con sé un allarmato e spiazzante disorientamento.

⁷³ Consiglio Nazionale degli Assistenti Sociali.

Con l'irrompere della pandemia, i servizi sociali e gli assistenti sociali sono stati investiti da un sentimento di incertezza. Secondo Gui (2018), a differenza di altri professionisti con un approccio disciplinare prettamente scientifico-positivista, teso a stabilire con crescenti gradi di certezza la realtà dei fatti, le catene causali degli eventi e la prevedibilità dei fenomeni conformemente alle scoperte della ricerca da laboratorio, gli operatori del sociale si trovano invece a fare i conti quotidianamente con elevati gradi di incertezza, nella complessità e variabilità dei fattori che incidono sull'evoluzione dei processi sociali, con diverse possibili attribuzioni di significato di ciò che accade da parte dei soggetti implicati, per il valore co-costruttivo della realtà sociale degli attori che la recepiscono e al contempo la realizzano (England, 1986; Payne, 1997).

In Italia l'emergenza COVID-19 ha comportato un arresto repentino della mobilità della popolazione e quindi degli interventi degli operatori sociali, di congelamento di iniziative e di limitazione delle possibilità di relazione comunicativa. Tuttavia, insieme a questo si è dispiegata anche una grande solidarietà cittadina. Durante la pandemia si è vissuta anche una sorta di sospensione temporale che è parsa poter congelare momentaneamente il pensiero sul futuro. Questa sospensione è stata caratterizzata da due componenti che si sono combinate contemporaneamente: l'urgenza e l'incertezza. In piena fase di *lockdown*, la popolazione italiana si è trovata incredibilmente accomunata dalla medesima condizione (tutti confinati nelle proprie abitazioni, soggetti alle stesse cogenti regole di comportamento) e al contempo separata e diseguale nei differenti modi affrontare tale condizione (Gui, 2020). Da una parte, la popolazione è stata accomunata dall'obbligo di isolamento, dall'altra – per la medesima ragione – le persone hanno vissuto isolate le une dalle altre nelle condizioni concrete in cui ciascuna si trovava nella propria dimora. Tutti uguali, per un verso, senza distinzione di ceto, ma, per l'altro, tutti profondamente diversificati per le possibilità reali di attenersi alle misure di isolamento. Parimenti, anche gli assistenti sociali hanno subito l'emergenza, esposti al contagio, alla malattia, alla possibile morte, ma anche dentro un sistema di soccorso dei sistemi sociosanitari per il quale potrebbero essere identificati come *eroi in trincea* (Garfin, Silver e Holman, 2020).

L'enorme impatto della pandemia in Italia per la salute e per la vita sociale

In Italia, dall'inizio dell'epidemia - la data "ufficiale" potrebbe essere considerata il 20 febbraio 2020 - e fino alla fine del 2020, sono stati segnalati 2.105.738 casi positivi di COVID-19. In questo lasso di tempo sono stati registrati 75.891 morti. A livello medio nazionale, dall'inizio dell'epidemia e fino al 31 dicembre 2020 il contributo dei decessi da COVID-19 alla mortalità complessiva è stato del 10,2%, con differenze fra le varie ripartizioni geografiche e le fasce di età, più accentuato tra gli uomini che tra le donne (ISTAT, 2021).

Lo scenario di diffusione epidemica ha seguito tre fasi nell'anno 2020: il periodo da febbraio alla fine di maggio 2020, la "prima ondata", si è caratterizzato per una rapidissima diffusione dei casi e dei decessi e per una forte concentrazione territoriale, prevalentemente nel Nord del Paese. Nella stagione estiva, da giugno a metà settembre, fase di transizione, la diffusione è stata inizialmente molto contenuta. A partire dalla fine di settembre 2020, la seconda ondata, i casi sono di nuovo aumentati rapidamente fino alla prima metà di novembre, per poi diminuire. Rispetto alla prima ondata epidemica la situazione della diffusione in Italia è notevolmente mutata sia in termini quantitativi che di distribuzione geografica. In questa seconda ondata i nuovi casi sono aumentati per alcune settimane con un ritmo esponenziale finché, dalla metà di ottobre, le ordinanze a livello regionale e l'adozione di ulteriori misure di contenimento (DPCM n. 275 del 4 novembre 2020) hanno contribuito ad un'inversione di tendenza dei contagi.

L'impatto ha riguardato tutti i livelli della vita degli italiani: durante l'anno 2020 il PIL ha registrato il calo più pesante dalla Seconda guerra mondiale (-8,9%). Gli effetti si sono trasmessi attraverso diversi canali: la caduta dell'attività globale, delle esportazioni e degli afflussi turistici; la riduzione della mobilità e dei consumi; le ripercussioni dell'incertezza sugli investimenti delle imprese. La contrazione del prodotto è stata eterogenea, con un più rapido recupero nell'industria e un andamento nei servizi che si è nuovamente indebolito negli ultimi mesi dell'anno 2020. La crisi economica innescata dalla pandemia e dalle misure per contenerla ha riguardato tutte le aree geografiche, ma è stata più accentuata nel Nord del paese, colpito più duramente dalla prima ondata di contagi. I consumi (scesi del 10,7%) hanno risentito dei provvedimenti di restrizione all'attività economica. Le imprese hanno interrotto i piani di accumulazione di capitale, determinando una flessione degli investimenti fissi lordi del 9,1%. L'effetto della pandemia sulle esportazioni è stato forte, ma temporaneo: dopo un brusco calo nel primo semestre, le vendite all'estero hanno ripreso slancio, tornando nei mesi finali dell'anno sui livelli precedenti la diffusione del contagio. La politica di bilancio ha reagito con decisione alla pandemia, con alcuni dati assolutamente inediti nel nostro paese: l'indebitamento netto è cresciuto al 9,5% del PIL, essendo nel 2019 appena del 1,6%.

Le ricadute sul mercato del lavoro sono state pesantissime, ma il ricorso agli ammortizzatori sociali esistenti e a quelli straordinari introdotti durante la crisi ha contribuito ad attenuarle in misura sostanziale. Alla forte caduta delle ore lavorate ha corrisposto una riduzione molto più moderata del numero di occupati. La perdita occupazionale è stata concentrata tra i lavoratori autonomi e tra quelli con contratto a termine, specie nei servizi, penalizzando in particolare giovani e donne.

La crisi da COVID-19 ha avuto un evidente effetto anche sulle condizioni economiche delle famiglie. Nel 2020 risultavano in povertà assoluta oltre due milioni di famiglie. Dopo la flessione registrata nel 2019, torna dunque a salire in modo significativo lo stato di deprivazione in termini assoluti, che riguarda così oltre un milione di poveri assoluti in più rispetto al periodo che aveva preceduto la pandemia (Caritas, 2021).

Nel caso italiano la povertà assoluta è strettamente correlata all'età, in un rapporto inversamente proporzionale, con una tendenza ad aumentare al diminuire di quest'ultima, tanto che l'incidenza maggiore si registra proprio tra bambini e gli adolescenti under 18 (13,5%), a fronte di un'incidenza di appena il 5,4% tra le persone over 65, confermando l'idea che Italia sia un paese in cui sono le persone più anziane ad avere migliori condizioni di vita. Paradossalmente, si collocano sotto la media nazionale i livelli di povertà registrati nelle famiglie con almeno un anziano (5,6%) o tra le coppie in cui l'età della persona di riferimento è superiore ai 64 anni (3,7%).

Rispetto alla condizione professionale, il 2020 segna un netto peggioramento delle condizioni di vita degli occupati per i quali l'incidenza della povertà sale dal 5,5% al 7,3%, con evidenti differenze in base alla posizione occupata. Per le famiglie con persona di riferimento inquadrata come operaio o assimilato il peso della povertà arriva al 13,2% (quindi più di una persona su 10), fra i lavoratori in proprio al 7,6%. Risulta stabile invece, la situazione delle famiglie con persona di riferimento ritirata dal lavoro (4,4%) o in cerca di occupazione (19,7%), quest'ultima come di consueto molto elevata (Caritas, 2021).

Inoltre, per quanto riguarda le tipologie familiari, la protezione delle famiglie più numerose è palesemente scarsa: l'incidenza della povertà assoluta, infatti, passa dal 20,5% tra le famiglie con cinque e più componenti, all'11,2% di quelle con quattro; 8,5% se si è in tre. La situazione si

fa più critica quando ci sono figli conviventi all'interno del nucleo familiare, soprattutto se si tratta di minori, e se sono più di uno: in quel caso l'incidenza sale infatti al 9,3% nelle famiglie con un solo figlio minore, al 22,7% in quelle che ne hanno tre (o più). Un altro aspetto di cui si parla negli ultimi anni è collegato alla situazione delle famiglie monogenitoriali: in un solo anno la povertà è aumentata toccando quasi il 12% di tali famiglie, mentre si arrivava al 9% l'anno precedente.

La pandemia ha impattato fortemente sui livelli di istruzione come uno dei fattori di coesione sociale maggiormente stressati. Dalla pre-pandemia al 2020 si aggravano le condizioni delle famiglie la cui persona di riferimento ha conseguito al massimo la licenza elementare (o nessun titolo di studio), passando dal 10,5% all'11,1%. Rispetto al 2019 sono peggiorate visibilmente anche le condizioni di coloro che possiedono un diploma di scuola media inferiore, dal 8,6% al 10,9% (registrando un +2,3 punti percentuali). Nei nuclei in cui il capofamiglia ha almeno un titolo di studio di scuola superiore si registrano valori di incidenza della povertà assoluta molto più contenuti (4,4%), anche se in crescita rispetto al 2019 (+1 punto percentuale).

Il blocco del normale svolgimento delle attività scolastiche ogni ordine e grado ha incrementato o ha reso più evidente le disuguaglianze. Un fattore di forte disparità è dato, chiaramente, dal possibile accesso ad Internet e alle piattaforme informatiche per la didattica a distanza. In Italia, la piena continuità del processo formativo non è stata garantita a tutti gli studenti, essendo compromessi i percorsi di quelli con minore capacità di sostegno da parte delle famiglie, o con criticità e vulnerabilità particolari come le minori risorse a disposizione. Il 90% delle scuole ha attivato almeno una delle modalità di didattica a distanza in meno di tre settimane, la quota residua entro le sei settimane. Per le modalità di erogazione si va dal semplice invio di materiali e schede, alle chat di gruppo, alle registrazioni audio-video, fino alle video-lezioni in sincrono con l'insegnante. Queste ultime sono state garantite dal 78% delle scuole, con frequenze più elevate per quelle secondarie di primo grado (pari all'86 %).

Osservando in prospettiva l'evento pandemico, si evince come la chiusura delle scuole prima, e l'alternarsi di aperture e sospensioni della didattica in presenza poi, hanno comportato profonde conseguenze sulle competenze degli studenti ma, innanzitutto, sul loro sviluppo emotivo e relazionale (specialmente fra gli adolescenti).

In Italia, come in gran parte dell'Europa occidentale, un aspetto sul quale è necessario prendere coscienza per quanto riguarda gli effetti della pandemia ha a che fare con la presenza e le condizioni di cittadini di paesi terzi, in quanto si denotano forti disuguaglianze tra italiani e stranieri residenti, acuite negli anni di pandemia. La povertà assoluta si mantiene infatti al di sotto della media per le famiglie di soli italiani (6,0%) seppur in crescita rispetto al 2019 (4,9%), mentre sale al 22,2% (dal 16,1%) per le famiglie miste e al 26,7% (dal 24,4%) per le famiglie di soli stranieri. Le persone straniere in povertà assoluta sono 1 milione e 500mila, con una incidenza pari al 29,3%, contro il 7,5% dei cittadini italiani, per un totale di 568mila famiglie povere (il 28,3% dei nuclei in povertà pur costituendo appena l'8,6% delle famiglie residenti).

Conseguenza della pandemia è stata anche la diffusione dell'attività di *smart working* iniziata nella primavera del 2020. Si tratta di un aspetto che ha amplificato le disuguaglianze sociali, in primo luogo tra chi ha potuto beneficiare di tale modalità di lavoro e chi no. E anche su questo fronte i dati della statistica pubblica mostrano indicatori eloquenti: in Italia sono state soprattutto le donne ad aver dovuto lavorare da casa (23,6% in confronto al 16,3% degli uomini), gli occupati con più di 35 anni (20,5% in confronto al 14,8% dei più giovani), gli italiani (21,0 contro il 4,0% degli stranieri), i residenti nel Centro e del Nord (21,9 e 20,6 rispetto al 15,0% nel

Mezzogiorno). Molto rilevanti sono anche le differenze per livello di istruzione: ha potuto operare in modalità agile il 42,5% dei laureati, il 17,6% dei diplomati e solo il 3,4% di chi possiede la licenza media. Tale dato è chiaramente collegato al tipo di professione svolta: le professioni qualificate sono caratterizzate da una maggiore incidenza di occupati che hanno lavorato da casa (41,1%).

Altro elemento che ha inciso sull'aumento delle disuguaglianze è l'abitazione. La pandemia ha reso ancora più manifeste le forti disparità di disponibilità di spazi abitativi adeguati. Tra i nuclei in stato di povertà risulta una più elevata incidenza delle condizioni di sovraffollamento con l'emersione anche di tutti i problemi sanitari e sociali collegati a questa maggiore vulnerabilità sociale.

La pandemia ha avuto conseguenze anche sull'amplificarsi il divario di genere. Secondo l'ultimo rapporto del World Economic Forum (WEF), *Global Gender Gap Report*, la crisi sanitaria ha di fatto fortemente rallentato i progressi verso l'uguaglianza tra uomini e donne. In Italia, nel 2021, nonostante il rimbalzo dell'economia del primo semestre, le donne occupate hanno continuato a diminuire. Durante la pandemia 421.000 donne hanno perso o non hanno trovato lavoro. La quota di donne in età lavorativa disponibili a lavorare (tasso di attività femminile) si è ridotta di circa 2 punti percentuali durante la pandemia e rimane lontanissima da quella degli uomini, pari al 72,9%. Da questo punto di vista, l'Italia si colloca all'ultimo posto tra i paesi europei. La pandemia ha comportato un *surplus* inedito di difficoltà rispetto a quelle abituali per le donne che si sono trovate a dover gestire in casa il doppio carico di attenzione ai figli e di attività lavorativa. Il 52,9% delle occupate dichiara che durante l'emergenza sanitaria si è dovuta sobbarcare un carico aggiuntivo di stress, fatica e impegno nel lavoro e nella vita familiare. Per il 39,1% la situazione è rimasta la stessa del periodo pre-COVID e solo per l'8,1% è migliorata.

Una minoranza anomica pervasa da un pensiero non razionale.

La pandemia ha portato un grande scetticismo, perplessità e, perfino, antagonismo in non pochi cittadini. Una ricerca di dicembre 2021 (CENSIS) mostra alcuni risultati sconvolgenti, nel senso che l'impatto pandemico avrebbe creato una minoranza restia ad assumere per fondati i dati scientifici che sono stati comunicati dalle istituzioni. Sorprendentemente, per il 5,9% della popolazione italiana (circa 3 milioni di persone) il COVID sarebbe stato l'invenzione di una malattia che in realtà non esiste e, di conseguenza, tutte le misure adottate avrebbero un'esclusiva finalità di controllo della popolazione e di alienazione dei diritti fondamentali. Per il 10,9% il vaccino è inutile e inefficace, ragion per cui c'è stato un rifiuto rispetto alla profilassi e alla campagna di vaccinazione oppure a vaccinarsi solo per via delle condizioni imposte per il proseguo in presenza della vita lavorativa, economica e sociale del paese. Per il 31,4% dei rispondenti il vaccino sarebbe un farmaco sperimentale i cui effetti sono incerti, e le persone che si vaccinano potrebbero subire gravi conseguenze per la salute anche a lungo termine. Tutto questo in un clima di sfiducia in cui emerge che per il 12,7% della popolazione italiana la scienza produce più danni che benefici. Questa pervasività dell'irrazionale ha infiltrato il tessuto sociale non solo in posizioni scettiche individuali, ma anche in movimenti di protesta che hanno palesato il loro malessere nelle piazze, e che hanno avuto uno spazio non modesto nel discorso pubblico, conquistando i vertici dei *trending topic* nei *social network*, scalando le classifiche di vendita dei libri, occupando anche importanti spazi nelle serate televisive.

Il pessimismo rispetto al futuro si palesa anche in termini di aspettative economiche molto negative: appena il 15,2% degli italiani ritiene che dopo la pandemia la propria situazione

economica possa migliorare. Per la maggioranza (il 56,4%) la situazione economica resterà uguale e per un consistente 28,4% peggiorerà. Ci sarebbero fattori di freno che congiurano contro la ripresa economica. Tutti i rischi di natura socioeconomica che erano stati paventati durante la pandemia (il crollo dei consumi, la chiusura delle imprese, i fallimenti, i licenziamenti, la povertà diffusa) vengono oggi rimpiazzati dalla paura di non essere in grado di alimentare la ripresa, di inciampare in vecchi ostacoli mai rimossi o in altri che si parano innanzi all'improvviso, tanto più insidiosi quanto più la nostra rincorsa si dimostrerà veloce.

Anche se questi movimenti di opinione hanno avuto una discreta penetrazione nell'esecutivo e negli esponenti della politica in generale, alcune mobilitazioni e manifestazioni in piazza hanno avuto un importante impatto mediatico, anche per l'emersione di correnti di estrema destra che hanno prodotto atti violenti e di intimidazione, come l'occupazione della sede del principale sindacato italiano a Roma da parte di un corteo non autorizzato il 9 ottobre 2021.

Politiche e misure per l'emergenza sociale: azione tempestive di solidarietà.

Le conseguenze della pandemia sarebbero state certamente più devastanti in termini sanitari, economici e sociali se lo Stato, i governi che si sono succeduti, le agenzie pubbliche e le istituzioni non si fossero attivate in uno sforzo di fronteggiamento inedito. L'Italia ha avuto un governo molto attivo nel provvedere a comporre misure istituzionali che potessero sostenere la necessità di interventi tesi a preservare il lavoro e la tutela delle fasce più deboli che hanno sofferto la crisi. Uno dei primi interventi, il cosiddetto decreto *Cura Italia*, del 17 marzo 2020, ha agito per il potenziamento del servizio sanitario nazionale e per il sostegno economico alle famiglie e ai lavoratori. Grazie ad un variegato pacchetto di misure, anche provvisorie, si è tentato di limitare l'impatto sociale della pandemia: sono state rinviate le scadenze fiscali e si sono differite le tasse dei lavoratori, specialmente gli autonomi. Sono stati forniti aiuti alle famiglie: i genitori con figli di età non superiore ai 12 anni hanno potuto beneficiare di un congedo con indennità al 50% per un massimo di 15 giorni, oppure, in alternativa, di un bonus "baby-sitting" del valore massimo di 600 euro per l'acquisto di servizi che favorissero la conciliazione fra vita lavorativa e cura dei bambini in un periodo in cui questi ultimi non potevano andare a scuola. Inoltre, ai fini retributivi, il periodo di quarantena obbligatoria è stato equiparato alla malattia. Anche nell'attenzione alle persone con situazione di dipendenza sono stati incrementati i permessi previsti dalla Legge 104 del 1992 per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone diversamente abili. Per quanto riguarda gli aiuti alle imprese, è stato istituito un Fondo di garanzia per le PMI e sono state previste misure di sostegno agli investimenti, contributi per saldare situazioni debitorie grazie a prestiti da parte dello Stato che si impegna come garante. Sono stati inoltre promossi nuovi ammortizzatori sociali per le aziende che hanno in essere una cassa integrazione straordinaria o un assegno di solidarietà.

Appena sette giorni dopo la pubblicazione del decreto *Cura Italia*, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha rilasciato la circolare *Sistema dei Servizi sociali ed Emergenza Coronavirus* rivolta ai responsabili degli uffici di piano e ai servizi sociali di Comuni, uffici che gestiscono il Reddito di cittadinanza (RdC)⁷⁴ degli ambiti territoriali, ANCI⁷⁵ e Protezione civile, in cui si riportavano indicazioni per continuare a garantire, con gli opportuni rinforzi, i servizi

⁷⁴ Misura nazionale di *minimum income*.

⁷⁵ Associazione nazionale dei Comuni Italiani.

deputati alla migliore applicazione delle direttive del Governo e a mantenere la massima coesione sociale di fronte alla sfida dell'emergenza pandemica. La circolare ribadiva il ruolo che il sistema dei servizi sociali deve svolgere nei confronti della collettività, con particolare riguardo a coloro che si trovano in condizione di fragilità, e soprattutto sottolineando la necessità di garantire i livelli minimi essenziali delle prestazioni sociali normate.

Insieme a tali provvedimenti, l'Ordinanza della Protezione civile del 30 marzo 2020 ha introdotto misure di solidarietà alimentare, incrementando il fondo solidarietà destinato ai Comuni. Questi hanno potuto scegliere la modalità in cui doveva avvenire l'erogazione: la predisposizione di bonus per l'acquisto di generi alimentari presso gli esercizi commerciali o direttamente l'acquisto di beni alimentari e di prima necessità da distribuire ai beneficiari individuati. La misura è stata molto importante per garantire l'alimentazione ai cittadini in stato di fragilità economica causata dall'emergenza e che non usufruivano precedentemente di sostegni economici da parte dei servizi sociali. La competenza per la valutazione della concessione del beneficio, dati i criteri generali, è stata attribuita all'ufficio di servizio sociale di ciascun Comune, che aveva facoltà di integrare il fondo con proprie risorse e avvalersi degli enti del terzo settore per la distribuzione degli alimenti e/o dei bonus. In questo modo l'implementazione di programmi e interventi di protezione sociale hanno di riflesso coinvolto la strutturazione e l'organizzazione del servizio sociale deputato a raggiungere le categorie più deboli e i fragili (Cerro, 2020).

Da un altro punto di vista, la pandemia ha anche innescato meccanismi di solidarietà inediti fra i cittadini. Un terzo degli italiani ha partecipato a iniziative di solidarietà legate all'emergenza sanitaria, aderendo alle raccolte di fondi per associazioni non profit, per la protezione civile o a favore degli ospedali. Quasi un terzo di coloro che si sono attivati ha svolto in prima persona attività gratuita in associazioni di volontariato impegnate nella lotta al COVID. Il 20,7% degli italiani ritiene che la gestione dell'emergenza da parte delle istituzioni abbia prodotto buoni risultati e il 56,3% che sia stata abbastanza adeguata (Sanfelici, 2020).

Caratteristiche della ricerca.

L'analisi realizzata e qui esposta intende identificare in che modo la pratica del lavoro sociale si sia caratterizzata nelle diverse strutture organizzative di servizio sociale nel corso dell'emergenza e quali possano essere le sue implicazioni per la futura definizione del lavoro dell'assistente sociale. A questo fine si è reso necessario indagare il processo mediante il quale è avvenuta la presa di coscienza dell'emergenza e la conseguente previsione di azione professionale per il suo fronteggiamento. Due sono infatti stati i fattori che maggiormente hanno messo alla prova il lavoro sociale: in quanto "lavoro" con l'introduzione dello *smart working*; in quanto "sociale" con la tempestività operativa e la previsione programmatica che variamente hanno caratterizzato le risposte territoriali, dato l'elevato grado di diversità che connota le infrastrutture di servizi alla persona del *welfare state* italiano. Come vedremo, infatti, il livello di sviluppo di coscienza individuale e organizzativa dell'evento pandemico insieme al livello di razionalità organizzativa del contesto dove opera il servizio sociale si rivelano fattori determinanti per una gestione delle emergenze che non intacchi gli standard di efficienza ed efficacia cui il servizio sociale territoriale è abituato a lavorare.

Alla luce del concetto di coscientizzazione di Paulo Freire (1968), il gruppo di ricerca si è interrogato sul significato situato dello stesso nel contesto italiano. Questa che segue è un'analisi semantica del concetto di *coscienza* che si è rivelata indispensabile per la comunicabilità stessa del

progetto agli assistenti sociali intervistati, per l'analisi tematica delle stesse interviste e per la collocazione del contesto culturale italiano nel panorama mondiale.

La parola *coscienza* deriva dal latino *conscientia/ consciens/ conscire* e significa “essere consapevole”. Composto di *cum* “con” e di *scire* “sapere”, la *coscienza* costituirebbe il sentimento che accompagna la *scienza*, che si adopera, cioè, per la consapevolezza di quanto avviene in noi: “quell'interiore conoscimento che ciascuno ha del bene e del male liberamente operato e il giudizio che ha dei suoi sentimenti ed azioni, secondo la relazione che hanno coi principi della morale” (Bonomi, 2004). Anche l'aggettivo *consapevole* deriva da *cum* “con” e *sapere* “sentire sapore” e si riferisce a chi “insieme con altri ha contezza di checchessia” ed è quindi “complice”, è chi “ha piena cognizione della cosa in discorso”. Tali significati etimologici mostrano come nel concetto di *coscientizzazione* e, dunque, di *presa di coscienza*, sia presente la dimensione della *conoscenza* e del *sapere* di un dato oggetto in una doppia prospettiva intima e individuale e collettiva.

I contesti organizzativi che caratterizzano il lavoro sociale, ed entro cui si possono osservare i concetti di *coscienza* e *consapevolezza*, rendono piuttosto evidente il processo che gli operatori sociali sono chiamati professionalmente ad attraversare, passando da una dimensione morale-individuale ad una etico-collettiva di coscienza (Durkheim, 1893; Marx, 1867). I professionisti del sociale, infatti, sono chiamati non solo ad avere coscienza di sé in quanto professionisti, ma anche ad avere coscienza di sé nel contesto organizzativo e sociale all'interno del quale operano con altri professionisti e con i beneficiari stessi degli interventi e sistemi di azione che mettono in atto.

In un'altra definizione, comunemente rinvenuta nelle aree disciplinari giuridico-filosofiche e psicologiche, il concetto di *coscienza* rivela la “consapevolezza che il soggetto ha di sé stesso e del mondo esterno con cui è in rapporto, della propria identità e del complesso delle proprie attività interiori”. Accanto alla conoscenza della propria interiorità, del contesto esterno e del rapporto esistente tra interiorità ed exteriorità, ci sono da considerare anche le condizioni temporali e spaziali in cui questa conoscenza avviene. La *coscienza* è anche da intendere come “qualcosa che esiste sotto certe condizioni e che non esiste sotto certe altre” (Mead, 1966, p. 68-83). In tal senso, osservare come si sviluppa il processo di presa di coscienza di un professionista in una data organizzazione ed in un dato contesto è particolarmente significativo quando le condizioni sono emergenziali perché provocate da una catastrofe collettiva.

Il concetto di coscienza è, dunque, da considerare in prima istanza da un punto di vista organicistico, con riferimento all'incoscienza e alla coscienza che un essere umano ha delle proprie funzionalità organiche automatiche, che esistono cioè al di là della sua conoscenza, nelle condizioni in cui tale organismo si trova. Se si trovasse, ad esempio, in una condizione perenne di stasi, l'organismo potrebbe non percepire mai l'avvenimento di una modificazione nel proprio organismo, non cercarne la fonte e non prenderne così coscienza. Il punto di partenza del processo di presa di coscienza può quindi essere considerato come la condizione di incoscienza: l'organismo, cioè, esiste al di là della percezione e della conoscenza individuale ed anche di quelle relative ad un altro essere umano: “una persona continua a vivere anche quando è sottoposta ad un'anestesia generale. La coscienza va e viene, ma l'organismo in sé continua a funzionare” (Mead, 1966, p. 68-83). Questa distinzione tra coscienza e incoscienza torna utile nella riflessione dal momento che l'evento emergenziale, per la sua immediatezza e imprevedibilità, può provocare una costrizione alla presa di coscienza di fattori precedentemente ignoti alla coscienza personale e organizzativa, in questo caso del servizio sociale.

Secondo queste prime riflessioni definitorie, possiamo osservare come la coscienza si componga di diversi fattori: uno sensoriale, relativo all'attenzione della mente; uno cognitivo, relativo alla selezione di alcuni stimoli su cui porre l'attenzione; uno ostativo, inerente alla difficoltà nel cogliere con coscienza la totalità dell'organismo; uno relazionale, inerente alla possibilità di cogliere la differenza tra realtà esterna e interna all'organismo e intuire la presenza di interazione tra queste due dimensioni, secondo varie e diverse forme.

L'impossibilità di cogliere la totalità degli stimoli esterni con una coscienza individuale e la relativa necessità dell'Altro per provare a farlo sottolinea ulteriormente l'importanza della aggregazione degli individui attorno al tentativo di divenire coscienti, assumendo consapevolezza e producendo conoscenza, mediante l'uso del linguaggio. Si coniugano, in tal senso, l'apparato sensoriale, cognitivo e linguistico.

Un ulteriore elemento caratterizzante ha a che fare con il concetto di "falsa coscienza" (Marx, 1867) e con la necessità di costruire un processo mediante il quale raggiungere una "coscienza di classe", ovvero una 'consapevolezza collettiva' di appartenere ad un medesimo strato sociale che a sua volta è parte di una struttura di stratificazione data, che esiste cioè a prescindere dalla consapevolezza degli esseri umani che la compongono e abitano. Tale coscienza aiuterebbe, nel ragionamento di Marx, a generare un possibile movimento, quindi un cambiamento della posizione o addirittura della struttura stessa. Qui si aggiunge un ulteriore passaggio nella riflessione: dall'automatismo del funzionamento della struttura/dell'organismo, dunque da uno stato di incoscienza individuale e sociale, ad uno di coscienza e consapevolezza e, ancora, ad uno di azione (consapevole e conscia) diretta alla modificazione della propria posizione all'interno della struttura sociale data o, addirittura, della struttura stessa.

Il processo, dunque, di coscientizzazione applicato all'intervento sociale e, nello specifico, al lavoro dell'assistente sociale in un contesto di emergenza sanitaria pone all'attenzione della nostra analisi la necessità di realizzare almeno due passaggi: da uno stato di incoscienza ad uno di coscienza individuale e collettiva del sé come individuo e del sé come organizzazione e contesto sociale; da una struttura di azioni automatiche, legate all'incoscienza, ad una di azioni organizzate e dirette al cambiamento sociale, legate alla coscienza di quello che si è e di quello che è necessario diventare per rispondere ai bisogni del contesto, dell'organizzazione, dell'individuo. Il servizio sociale, in tal senso, risponde a sé stesso in quanto professione, all'organizzazione in quanto strumento di lavoro, al contesto in quanto a servizio della popolazione e finalizzato alla realizzazione e al consolidamento del suo benessere.

Inquadramento metodologico

L'impianto metodologico utilizzato è qualitativo e si ispira a un approccio *semi-grounded* di stampo costruttivista (Charmaz, 2006), in quanto pur basandosi su categorie analitiche teoriche di riferimento, lascia spazio all'emergere di temi a partire dalle narrazioni degli intervistati.

La tecnica principale scelta per la raccolta delle informazioni è stata l'intervista narrativa (Ferrarotti, 2003), mentre la selezione degli assistenti sociali intervistati è stata ragionata, volta cioè a individuare un gruppo di soggetti quanto più possibile eterogeneo rispetto al numero di anni di esperienza e al tipo di ruolo e funzione organizzativa, ma soprattutto rispetto all'area di intervento.

Il tipo di analisi realizzata è stata quella tematica (Bazeley, 2009), volta cioè ad individuare i temi attinenti al concetto di coscienza che derivano direttamente dalle esperienze sul campo dei

social workers. Il metodo di analisi è stato *in-case* e *cross-case* (Fereday e Muir-Cochrane, 2006), in modo da avere la possibilità di incrociare i temi relativi alle esperienze individuali con quelli relativi all'insieme delle esperienze raccolte.

Analisi delle interviste

Il profilo degli intervistati è abbastanza rappresentativo dell'assistente sociale italiano in merito a prevalenza del genere femminile, su n.15 assistenti sociali intervistate n.2 sono uomini e n.13 sono donne; dal punto di vista geografico, maggiormente rappresentata è l'area geografica del Centro – Sud Italia ed il settore pubblico. Le aree di intervento in cui operano le assistenti sociali intervistate sono invece estremamente eterogenee al fine di cogliere la variabilità e gli elementi comuni delle prassi messe in atto. Su 15 assistenti sociali intervistate, n.2 hanno vissuto la pandemia in quanto impiegate in uffici per l'immigrazione, n.3 in uffici per il contrasto alle povertà, n.4 in azienda sanitaria locale, n.5 presso enti locali, n.1 presso un ordine professionale regionale in qualità di presidente. Di seguito presentiamo le categorie di analisi tematica individuate a livello mondiale e mediante le quali tentiamo di rappresentare il processo di presa di coscienza nella sua dimensione etico-politica, teorico-metodologica e teorico-operativa.

Il processo di presa di coscienza

Il momento in cui abbiamo realizzato le interviste, tra giugno e ottobre 2021, ha costretto gli intervistati a rivivere i primi momenti della pandemia come qualcosa di più lontano nel tempo di quanto oggettivamente può significare un anno mezzo. C'è chi afferma che si vive una differenza fra il tempo percepito e il tempo vissuto. La densità delle novità nel primo tempo di *lockdown*, lo stupore per quanto stava succedendo, lo stravolgimento della quotidianità, sono tutte caratteristiche che rimandano a ricordi indelebili di eccezionalità che non seguono il normale succedersi dei giorni e dei mesi.

La rivisitazione di quegli episodi ha, in primo luogo, suscitato non soltanto ricordi sui fatti, ma piuttosto un insieme di sentimenti molto forti di sorpresa, di novità, di intensità, di preoccupazione. Sono stati momenti in cui i cambiamenti sono successi con grande celerità: “*non mi potevo capacitare, succedeva tutto senza avere la minima preparazione per quello che stava per avvenire*”.

È stato anche un evento storico in cui traspare la coscienza di aver partecipato in modo collettivo, in cui le vicende personali, di contesto e dell'intero Paese si sono intrecciate in modo solidale come con poche altre dimensioni della vita capita. E tuttavia, nella testimonianza di alcuni colleghi, un sentimento prevalente è stato quello della solitudine: “*mi sentivo sola, venivo a lavorare e c'eravamo solo due o tre persone in tutto l'edificio; anche per strada ti sembrava di vivere un film di terrore, con le vie deserte*”.

Il passaggio da uno stato di incoscienza ad uno di coscienza della situazione pandemica si è caratterizzato per essere *immediato*, perché prevalentemente connotato da emozioni di paura attinenti alla sfera personale-individuale del soggetto, e *progressivo* al tempo stesso, perché accompagnato dalle diverse forme di riorganizzazione dei servizi sociali.

[...] la percezione della gravità è stata immediata perché comunque subito c'è stata molta paura per quello che stava avvenendo e già con la chiusura delle scuole si è stravolta diciamo la vita di tutti; quindi, in qualche modo c'è stata una contezza immediata [...]

[...] la disposizione di chiusura delle scuole ha secondo me fatto modificare e reso reale a tutti quello che stava avvenendo ... da lì è nato lo smart working e quindi in qualche modo per forza dovevi capire che stava succedendo qualche cosa. È stata un'escalation di immediatezza [...]

[...] è stata una sorpresa per tutti, nel senso che ci siamo trovati catapultati, una cosa veramente surreale, poi in questo servizio siamo pochi [...]

[...] Ho iniziato a capire che stava succedendo qualcosa ad un livello più ampio però ancora non si capiva la ricaduta che questo avrebbe avuto sul territorio, ancora ci sentivamo lontani dal problema [...]

Gli elementi che hanno connotato l'immediatezza della presa di coscienza fanno riferimento a: eventi legati innanzitutto alla vita privata dei professionisti; in secondo luogo alla riorganizzazione del *setting* di lavoro e, in alcuni casi, alle mansioni specifiche della vita professionale; alle richieste di aiuto crescenti da parte dei beneficiari dei servizi, alcuni dei quali inaspettate e inusuali; alla dirompenza e alla dipendenza dei propri movimenti dalla dimensione normativa e di governo non solo di livello nazionale ma anche locale.

[...] ci siamo resi conto da subito di questa cosa perché abbiamo attivato da subito il servizio di emergenza [...]

[...] un'altra cosa che mi ha fatto rendere conto sono state le e-mail dei familiari e degli amministratori di sostegno [...]

[...] ho compreso la gravità della situazione qua in ufficio quando è arrivata la lettera dal sindaco su quella che doveva essere tutta la riorganizzazione del servizio ... e ho capito di come tutto stava cambiando e dovevamo adattarci alla nuova realtà [...]

I fattori che hanno connotato invece la progressività della presa di coscienza sono stati: la dipendenza della riorganizzazione della vita personale e professionale dai mutamenti talvolta repentini dovuti alle decisioni del governo che modificarono radicalmente la vivibilità del territorio e dell'accessibilità ai servizi; la dipendenza della riorganizzazione interna di ogni organizzazione dalle richieste sempre crescenti di aiuto da parte di chi era già beneficiario dei servizi e dei cittadini in senso più ampio.

[...] mi ricordo questo senso di abbandono e gli sguardi dei miei colleghi, perché noi non sapevamo quando ci saremmo rivisti, quanto sarebbe durato, cosa stava succedendo, se ci avrebbero pagato ... era una situazione di silenzio ma in realtà c'erano tante domande che ci volevamo fare, a cui volevamo delle risposte ma a cui nessuno sapeva rispondere [...]

[...] io mi sono operata in quel periodo ... mi sono accorta di quello che succedeva effettivamente quando è esplosa la situazione in una delle nostre strutture ... una residenza per anziani nonostante fossi in malattia abbiamo seguito la cosa con la direzione sanitaria [...]

A fronte dell'ambivalenza immediatezza-progressività del processo di presa di coscienza, una delle difficoltà per incrementarla di più sono state riscontrate nell'assenza o il poco tempo dedicato all'elaborazione del vissuto emergenziale come gruppo di lavoro in forma di supervisione

professionale, nonostante nel corso del processo sia stato sperimentato un senso di solidarietà tra colleghi considerato molto forte, ma tacito.

[...] con i colleghi anche se eravamo in pochi la solidarietà che si è creata tra di noi, la voglia di non abbatteci, siamo stati abbastanza forti tutti ... è una cosa che ci ha fatto sentire uniti nel dolore nella sofferenza ... ma ha accentuato tutte le problematiche [...]

[...] alla fine dell'emergenza. abbiamo fatto dei gruppi di lavoro tra di noi, dei gruppi di lavoro con un professore dell'università, e poi abbiamo - sotto mia coercizione - deciso di scrivere, di mettere un po' per iscritto quello che era successo ... quasi un po' in maniera catartica [...]

Nella testimonianza dei quindici assistenti sociali intervistati, il processo di presa di coscienza sembra essersi caratterizzato per un passaggio da uno stato di incoscienza personale e professionale a uno di coscienza personale e professionale avente elementi insieme di immediatezza, dovuti alle misure di contenimento emergenziale provenienti dai provvedimenti di governo nazionali, e di progressività, perché calibrati sul livello di razionalità organizzativa propria di ciascuna struttura presso cui l'assistente sociale esercitava, al momento della pandemia, la professione.

Un elemento rilevante e critico, espresso in maniera abbastanza omogenea, è stato il processo di rielaborazione personale e organizzativa dell'evento critico di cui ciascun professionista ha sentito il bisogno e che non è sempre stato garantito o a cui si è diversamente fatto fronte, ad esempio con l'elaborazione in forma scritta.

Per molti degli intervistati, la pandemia ha significato un evento di vulnerabilità e di crisi anche riguardo alla capacità della scienza e dei sistemi di protezione delle tutele dei propri cittadini. Una collega lo esprime in questo modo "(...) mi sono sentita tradita dalla scienza. Credevo di essere più preparata per poter lottare contro qualsiasi malattia, mi sono accorto che in realtà non c'era possibilità di contenere quel virus".

Dimensione etico-politica

La recezione dei decreti governativi da parte delle regioni ha messo in luce, in modo particolare, due importanti fattori: la possibilità di adottare procedure di emergenza di cui si suppone ogni organizzazione debba dotarsi; i limiti e le fragilità che caratterizzano ogni organizzazione.

Il governo, da una parte è stato percepito come affidabile ma non efficiente nelle comunicazioni, il che ha contribuito ad alimentare quel senso di parallela progressività e immediatezza del processo di presa di coscienza.

[...] È stato tutto molto immediato ... c'erano delle procedure di emergenza che sono state diramate dai ministeri, posti al vaglio nel nostro caso al COC (Centro Operativo Comunale) che era l'anello diciamo finale della catena di emergenza locale e il COC (Centro Operativo Comunale) già il 27 febbraio era stato costituito e aveva fatto le sue prime riunioni [...]

[...] C'è stata molta riflessione ma una riflessione obbligata, dove riflessione e azione andavano di pari passo ... perché non c'era molta inventiva, cioè i paletti giuridici del COC (Centro Operativo Comunale) dello stato di protezione civile, di fatto hanno delineato come l'emergenza doveva svolgersi. Quindi, con questo substrato di diritto il

resto è stato soltanto leggere i bisogni della popolazione e riflettere su come soddisfarli in un tempo record [...]

[...] ci sono delle regole già sancite, il problema è che questa emergenza è stata talmente inedita che l'emergenza a cui siamo abituati sono quella del freddo, quella dell'eccessivo caldo o l'emergenza di protezione civile legata al terremoto. E quella pandemica sicuramente ha necessitato di una ristrutturazione continua però ci sono delle regole presenti per la gestione dell'emergenza [...]

[...] il comune ha utilizzato la gerarchia delle posizioni, il COC (Centro Operativo Comunale) era costituito dai dirigenti, poi ogni dirigente diramava alle posizioni organizzative, le posizioni organizzative al personale ... probabilmente si poteva organizzare una comunicazione maggiormente sinergica e diffusiva però questa cosa non avviene soltanto nell'emergenza, avviene anche nella quotidianità [...]

Il dilemma etico principale ha riguardato il modo di preservare la sicurezza personale e, allo stesso tempo, quella collettiva all'interno della medesima organizzazione, considerando la vulnerabilità in cui versava la popolazione beneficiaria dei servizi già da prima dello scoppio della pandemia.

[...] già il 6 marzo siamo stati contingentati all'ingresso ... non abbiamo stretto le mani a nessuno, c'erano già tutta una serie di attenzioni e anche all'interno dell'ufficio avevamo iniziato a utilizzare il disinfettante, la situazione era già palesemente nota all'ufficio perché è stato mantenuto un livello di attenzione rispetto all'avvicendamento delle persone, alle distanze [...]

[...] Non tutti i colleghi hanno mantenuto la continuità dei casi seguiti. Ci siamo preoccupati innanzitutto per coloro di cui avevamo meno notizie, quei casi in cui sapevamo che la convivenza era difficile per diversi motivi e che non siamo stati in grado di contattare con facilità [...]

[...] anche se l'amministrazione ci imponeva di rispettare una turnazione ... noi per il carico di lavoro e per l'emergenza abbiamo deciso con la nostra responsabile di essere qui presenti tutti i giorni ... avevamo la possibilità di chiedere lo smart ma non l'abbiamo fatto [...]

[...] la asl non è stata capace di dare tutto e subito ... ci siamo arrivati nel tempo ... con i colleghi delle strutture c'è stato un lavoro eccezionale, perché il privato è meno imbrigliato nelle maglie istituzionali; quindi, è più libero per certi versi ... ma per gli inserimenti c'è stato un blocco totale [...]

[...] il governo con tutta una serie di provvedimenti aveva finanziato l'erogazione di misure di solidarietà alimentare che ha comportato un lavoro per i comuni non indifferente anche perché la normativa ... diceva "vi stiamo dando questi soldi, fate delle cose, vede voi cosa come e quando" senza dare effettivamente delle linee [...]

Da questa area di analisi, emerge con forza la rilevanza della prontezza organizzativa rispetto alle indicazioni governative e della protezione civile. Il dilemma etico professionale risulta particolarmente pressante rispetto al rapporto del professionista con la propria sicurezza, quella dei beneficiari dei servizi e l'obbedienza alle disposizioni normative non sempre chiare e non sempre costanti. Dunque, al consueto dilemma etico tra mandati professionali si cumulava la

preoccupazione e la considerazione alla propria sicurezza e di quella del proprio nucleo familiare. Accanto a questo, emergono anche: lacune organizzative preesistenti allo scoppio dell'emergenza pandemica, la poca familiarità con le procedure di emergenza previste in ogni organizzazione dedicata ai servizi alla persona, la poca condivisione delle stesse informazioni con operatori non aventi ruoli di coordinamento o responsabilità organizzativa.

Per alcuni assistenti sociali, il tempo della pandemia è anche un tempo “di crescita e di opportunità”, perché nella situazione di crisi profonda di tutte le strutture sociali e dei sistemi organizzati, ha fatto emergere l'umanità, la creatività e l'iniziativa solidale di molte persone.

[...] abbiamo fatto cose durante il covid che in un altro momento sarebbero state difficili; le persone si sono sentite chiamate a dare una mano con quanto potevano offrire in favore di chi più stava in difficoltà [...]

[...] quando le istituzioni si sono chiuse, le persone si sono attivate per risolvere in qualche modo i propri problemi affidandosi alle persone che le erano intorno [...]

Si sottolinea che la portata della pandemia ha creato le basi per una maggiore coscienza collettiva che ravviva livelli di una certa uguaglianza.

[...] dal momento che avevamo tutti la stessa paura, eravamo anche tutti molto vicini e molto uniti. Si sono create relazioni nuove, in cui la condivisione era più intensa [...]

Dimensione teorico-metodologica

Il servizio sociale di urgenza ed emergenza si caratterizza per essere un settore la cui conoscenza è tutt'oggi in fase di costruzione in Italia. La percezione degli assistenti sociali intervistati è che, nonostante il tema appartenga alla quotidianità dell'esperienza professionale e sia stata effettivamente vissuta durante l'emergenza pandemica, il senso di impreparazione e la difficoltà riorganizzativa siano state tangibili e vissute da tutti seppure in modi e gradi diversi.

I temi emersi dall'analisi e che caratterizzano questa dimensione riguardano la programmazione e il conflitto tra parte tecnica e politica, il ruolo e lo spazio della riflessività nel servizio sociale in situazione di emergenza, la flessibilità come competenza da integrare nel curriculum formativo dei professionisti del sociale

L'importanza di pianificare le azioni insieme alla parte politica è posta come necessaria al fine di avere le informazioni opportune per espletare la funzione di coordinamento, dando un senso di sicurezza e supporto ai colleghi e, in conseguenza, alla popolazione.

[...] ci siamo trovati a ballare con dei passi che non conoscevamo, è un po' questa la metafora, non c'era un pensiero ma non si poteva strutturare poi particolarmente perché le regole cambiavano di continuo... questo margine di decisionalità dall'alto fino a un certo punto lascia tempo al pensiero [...]

[...] la prontezza di essere comunque delle persone formate e consapevoli sia dell'aspetto sociale che amministrativo sicuramente ha fatto la differenza, però ci sono stati dei punti in cui questa cosa non era scontato che emergesse; quindi, è stato sempre un po' un mettersi sempre un po' in gioco, a capire il limite di quello che ti dicono, di come lo devi fare e di come lo puoi fare nel migliore dei modi [...]

Manchevoli sono, d'altra parte, risultati gli spazi per la riflessione collettiva su come si stava gestendo l'emergenza da un punto di vista organizzativo ed emotivo. Tali momenti sarebbero stati necessari durante il fronteggiamento delle situazioni di crisi e a seguito, nella fase di ripresa, per raccogliere i punti di vista di ciascuno e ripensare e riorganizzare le caratteristiche di un'ipotetica nuova fase di fronteggiamento dell'emergenza.

[...] da questa esperienza si accentua la nostra attitudine ad essere aperte anche ad improvvisare ... ad adattarsi a tutto ... in questo caso sul campo ... mi sono sentita con i colleghi in trincea ... mi sono arricchita, sperimentata. abbiamo saputo gestire la situazione però queste cose poi vanno messe in una situazione di supervisione, abbiamo bisogno di capire come ci siamo sentiti, cosa modificare [...]

[...] io ho proposto un progetto aziendale per affrontare il covid ... il progetto era sul coordinamento dei distretti socio sanitari del servizio sociale professionale aziendale, perché ritenevo potesse essere utile ... per rilevare i bisogni espressi ... la funzione filtro famosa che abbiamo doveva essere attivata per la rete asl comune e privato sociale ... questa era la mia idea ... ed è stato bloccato ... per la mancanza di mezzi tecnici adeguati per gli incontri online ... e le assistenti sociali sono state messe tutte in smart working ... ed erano tutte ultra cinquantenni [...]

[...] la supervisione deve essere resa obbligatoria, non deve essere lasciata a discrezione degli enti, o quantomeno personale. io come professionista deontologicamente devo sentire la responsabilità di essere supervisionato anche dal punto di vista emotivo [...]

Infine, i professionisti intervistati sono stati accompagnati in un passaggio nella riflessione da un livello più teorico-pratico ad uno più formativo in cui si conviene rispetto al riconoscimento della flessibilità come competenza fondamentale per la professione.

[...] è importante a livello di formazione insegnare la cosiddetta empatia ... ma soprattutto la capacità di adattarsi, di avere autostima soprattutto quando ci sentiamo attaccati da tutte le parti ... di pensare di non essere dio sulla terra, di fare quello che possiamo [...]

[...] sicuramente dobbiamo essere tutti più pronti ai cambiamenti, non dobbiamo essere incollati agli schemi, quello che deve passare è l'adattabilità, perché il nostro lavoro è un lavoro dinamico, è un lavoro che cambia con il tempo, dobbiamo essere in grado di accogliere i cambiamenti ... l'attenzione alla tecnologia è anche un altro aspetto [...]

[...] e poi l'assistente sociale deve avere una formazione amministrativa, perché non è possibile non esserne coscienti ... io devo sapere come funziona la macchina amministrativa ... non ci sono servizi sociali che non passano dalla macchina amministrativa [...]

Relativamente alla dimensione teorico-metodologica appaiono strettamente interconnessi e interdipendenti la programmazione organizzativa ordinaria e quella straordinaria che si esplicita in una catena di interventi straordinari in fase di emergenza, ma non per questo privi di visione e previsione programmatica. Questa dimensione risulta particolarmente ricca di spunti e riflessioni di natura formativa.

Tre sono i principali fattori che vengono messi in evidenza: la flessibilità, come competenza trasversale che l'assistente sociale deve acquisire perlomeno in fase di tirocinio

formativo; la competenza digitale, come imprescindibile in questo periodo storico e per il futuro del servizio sociale; la conoscenza globale della macchina amministrativa. Quest'ultimo punto appare particolarmente significativo per la nostra riflessione, in quanto il processo di presa di coscienza come passaggio dall'incoscienza alla coscienza individuale e collettiva deve necessariamente prevedere la conoscenza del contesto e del funzionamento della struttura rispetto ai quali la coscienza si sviluppa. Solo se si è in possesso della conoscenza del contesto e del paesaggio in cui si è immersi, si può anche assumere una posizione e una postura di senso in termini di azione, prevedendo e generando delle azioni che possono incidere sul fronteggiamento dell'emergenza in essere, sull'utilizzo della macchina organizzativa, sulla protezione del benessere della popolazione che non esclude quello proprio del professionista.

Anche i consigli territoriali dell'Ordine degli Assistenti Sociali si sono visti in una situazione di difficoltà nel poter dare degli orientamenti precisi ai colleghi sul come procedere in un contesto in cui la perplessità e il disordine governava l'organizzazione dei servizi sociali. Dopo il torpore iniziale, per capire cosa stesse succedendo, si sono avvicinate alcune dinamiche di partecipazione e scambio fra colleghi:

[...] abbiamo chiesto come Ordine Professionale di segnalare metodologie innovative, ma non sono arrivate molte; forse serviva più tempo per maturare un pensiero strutturato... [...]

Come riflessioni metodologiche sono state segnalate le difficoltà di integrazione di tutti i servizi, e in particolare, la differenza di sostegno nei servizi fra quelli sanitari e quelli sociali. Si lamenta che la visione del sanitario non incorpori pienamente un concetto più olistico per cui si possa parlare di integrazione sociosanitaria. In particolare, la attenzione domiciliare delle persone più vulnerabili che hanno sofferto gli effetti indesiderati dell'isolamento sociale non ha visto un rinforzamento tempestivo dell'attenzione domiciliare, ma al contrario:

[...] abbiamo avuto difficoltà a dare continuità ai servizi domiciliari delle persone, tranne che per i casi di attenzione sanitaria. Alcuni casi sono stati segnalati successivamente quando hanno avuto il covid [...]

In alcuni contesti sono nate "unità di crisi" come risposta emergenziale. La partecipazione dei servizi sociali non era prevista all'inizio, ma successivamente, di fronte alle necessità di organizzazione sui territori, sono stati chiamati in causa.

[...] quando la protezione civile ha costituito le unità di crisi non ci hanno chiamato. Poi, vedendo che il nostro ruolo era fondamentale, ci hanno chiesto di partecipare. Il nostro ruolo è diventato centrale nella distribuzione dei bonus spesa e nel coordinamento sul territorio fondamentalmente con le parrocchie [...]

Dimensione teorico-pratica

Un sentimento comune nella pratica quotidiana del servizio sociale in situazione di emergenza da COVID 19 ha riguardato lo stato di *corsa* e di *pericolo* che ha rievocato fortemente la retorica del soccorso in situazione di *guerra*, molto utilizzata anche dai media. Obiettivo comune dei professionisti intervistati è stato quello di "dare qualcosa, qualsiasi cosa, per far sentire meglio l'altro". La sensazione che ha accompagnato costantemente la loro pratica di lavoro si può sintetizzare con un'espressione usata da una intervistata: "è stato un continuo fare senza pensare".

I temi attinenti alla dimensione teorico-pratica del servizio sociale in emergenza si distribuiscono tra condizioni strettamente materiali del lavoro, elementi organizzativi e qualità del lavoro. In ordine alla strumentazione pratica in dotazione al servizio sociale, l'introduzione dello *smart working* ha rilevato la necessità di incrementare e formare all'uso degli strumenti tecnologici i professionisti.

[...] noi ci siamo occupati dei buoni spesa ... nei primi mesi di smart working dovendo andare a valutare, rispetto ai criteri decisi dal comune di Bari, andando a valutare le famiglie che avevano fatto domanda di buono spesa già percettrici di misure di sostegno ... nell'ottica di non accumulo di interventi sulla stessa famiglia [...]

[...] le colleghe che avevano la visione del lavoro territoriale non hanno capito che il lavoro si potesse fare anche da casa ... hanno imparato dopo averla esercitata l'esperienza ... il fallimento parziale è stato dovuto all'inesperienza di un lavoro da remoto e il timore del personale ... prima che arrivassero le nuove assunte ... io ho 60 anni e sono la più giovane ... la paura è stata tanta [...]

Un rischio non indifferente che alcuni servizi hanno incontrato è stato quello della *paralisi organizzativa* a fronte di una situazione di emergenza. L'uso dell'organizzazione come strumento per argine per le emozioni di paura dei professionisti è risultato strategico in alcuni casi a seconda di quanto venissero garantiti i dispositivi di sicurezza individuali, la tecnologia necessaria al lavoro in smart e una distribuzione di ruoli e compiti sostenibile alla luce delle diverse condizioni in cui i professionisti si sono trovati rispetto allo *status* iniziale di lavoro.

[...] io preferisco lavorare in presenza, perché lavorare da casa implica perdere la dimensione lavoro casa. Infatti, io non renderei così netta la differenza tra quello che succedeva a casa e il lavoro perché in un primo tempo è stato un lavoro continuo senza degli orari, nel secondo tempo quando poi è stato avviato lo smart working in un periodo in cui la gestione dell'emergenza era sotto controllo, nei mesi di aprile e maggio, stare a casa se hai una dimensione familiare presente vuol dire allungare il tempo di lavoro [...]

[...] in ufficio non mi sono sentita per niente protetta e tutelata ... perché inevitabilmente siamo state tante persone insieme, abbiamo avuto molti contatti con le persone ... abbiamo usato i DPI (dispositivi di protezione individuali) però la dimensione della paura in un sistema che diceva di limitare i contatti ehm qui è come se i contatti non si sono limitati, anzi per certi versi è come se i contatti si implementavano [...]

Fattori che hanno fatto la differenza nella qualità della pratica del lavoro del servizio sociale in emergenza sono stati, da una parte, la possibilità di mantenere alto il livello di attenzione ai contenuti della relazione di cura che gli assistenti sociali avevano già in affidamento e che si sono aggiunti nel corso dell'emergenza; dall'altra, il grado di solidarietà tra componenti dell'equipe professionale, all'interno dell'organizzazione e, ancora, la solidarietà che si è manifestata a livello comunitario, tra i cittadini.

[...] è stato un crescendo progressivo ... la prima necessità è stata quella di organizzare dei viveri di base perché ci siamo trovati davanti a delle persone che erano impossibilitate ad uscire di casa ... fino all'esigenza di andare a comprare dei farmaci ... quindi la prima cosa che è stata attivata è stata la possibilità di dare una disponibilità in più da parte nostra [...]

[...] il telefono era un centralino e abbiamo trovato difficoltà a gestire la parte amministrativa ... creare ex novo una piattaforma Excel perché dovevamo raccogliere dati, fare una graduatoria per distribuire soldi [...]

[...] io credo che dovremmo creare un nuovo modello, che è quello del problem solving in emergenza, dove di fatto lo schema di azione del servizio sociale non cambia durante l'emergenza. Cioè, al netto del covid, della paura che ha creato nel momento della chiusura, il modello di problem solving in emergenza e in flessibilità implica che innanzitutto l'operatore deve essere veramente flessibile. Cioè, tutte le regole che stanno in qualche modo perdono un po' di valore; cioè, devi essere metà operatore metà volontario, e questo non tutti sono disposti a farlo ... Quindi, costruire un modello di intervento di questo tipo ... flessibilità e umanità e professionalità, queste tre cose devono sposarsi in questo modello [...]

Lo *smart working*, il lavoro a distanza, o il *digital social work* sono stati inizialmente accolti come un'imposizione delle circostanze in cui ci si avvaleva, in mancanza di alternativa, di quello che "si riusciva a fare chiamando ai cellulari delle persone e coordinandoci con videoconferenza". La maggior parte dei servizi era però priva di una adeguata preparazione per farne un uso continuato.

[...] prontezza di intervento, abnegazione ... diversi livelli di operatività, erano sempre pronti a rispondere a qualsiasi tipo di richiesta, qualsiasi no, però almeno ci provavano ad essere presente, almeno ad accogliere delle domande [...]

L'introduzione frettolosa e precaria della comunicazione a distanza come strumento dei servizi ha dato luogo a una seconda fase, in cui gli effetti della pandemia tendevano a diminuire, in cui si è aperto un discernimento in ciascun contesto sulla convenienza del rimanere con alcune pratiche che avevano mostrato la sua efficacia. La riflessione di alcuni colleghi è che pur riconoscendo che il lavoro diretto con le persone è insostituibile nella professione, è anche vero che l'immediatezza, l'efficienza e la semplicità della comunicazione con il computer ha permesso di crescere nella qualità e nell'accessibilità al servizio.

[...] c'è che preferisce lavorare da casa e ci sono altri che subito si sono reincorporati al lavoro in presenza non appena è stato possibile. Ancora facciamo molte riunioni con il computer, perché è più facile e diretto [...]

[...] sono stati periodi in cui lavoravo tutto il giorno con il cellulare. Le persone mi sembra che abbiano molto ringraziato questo modo di essere stato così disponibile a interessarmi su come stavano, anche se soltanto potevo farlo con questa modalità. A pandemia finita dovremmo chiederci se non sarebbe il caso di continuare a dare questa disponibilità [...]

In questa dimensione si è osservato il modo in cui teoria e pratica del lavoro sociale si sono incrociati: da una parte, si è rilevato come l'inefficacia e inefficienza organizzativa, dovute principalmente alla scarsa disposizione della tecnologia e delle competenze digitali per lo svolgimento dello *smart working*, abbiano generato il rischio di paralizzare il lavoro sociale; dall'altra, tale inefficacia e inefficienza hanno stimolato la creatività del servizio sociale e la solidarietà tra colleghi appartenenti alle medesime equipe professionali.

La ricerca ha anche permesso di sondare quale sono state i collettivi che più hanno sofferto gli effetti pandemici. In Italia l'impatto del covid sulla popolazione anziana è stato molto evidente

come impatto sanitario, ma le conseguenze della inattività produttiva di molti settori ha colpito una gran parte della popolazione, che si è vista senza i minimi introiti per vivere:

[...] la pandemia ha colpito molto chi ha perso il lavoro, chi non poteva accedere ai servizi e chi ha subito i problemi connessi con l'isolamento. Molti sono stati i nuovi utenti dei servizi sociali. Persone che non avrebbero mai pensato di vedersi in un tale stato di necessità [...]

[...] quando le persone sono rimaste a casa, le situazioni di conflitto e di violenza sono diventate subito invisibili. È stato difficile seguire le persone [...]

Oltre ai casi più flagranti, durante la ricerca è emersa una preoccupazione sempre più sentita verso le conseguenze che la pandemia ha lasciato, forse in modo meno visibile in un primo momento, sugli adolescenti.

[...] i ragazzi di 14 a 18 anni hanno molto subito questa situazione. Senza poter uscire, troppo grandi per avere la possibilità di uscire insieme ai genitori, troppo piccoli per uscire da soli al lavoro o altro, tutto il giorno catapultati a relazionarsi solo col computer... ora vediamo le conseguenze, non sanno più vivere la normalità, hanno problemi per tornare a scuola, alcuni perfino per uscire dalla stanza... [...]

La formazione degli assistenti sociali.

La ricerca ha permesso di ascoltare la riflessione dei professionisti assistenti sociali anche in merito agli argomenti da includere nella formazione dei futuri colleghi assistenti sociali a seguito dell'evento pandemico. Sono due i contenuti principali che emergono: il lavoro in emergenza e il *digital social work*.

Per quanto riguarda il primo, la quasi totalità degli intervistati concordano sul fatto che non erano pronti, tecnicamente, a una situazione come quella accaduta. Questa “non preparazione” riguarda diverse dimensioni, e ha a che vedere con la capacità di riorganizzazione del lavoro di fronte a una catastrofe avvenuta e alla sospensione di tutta una rete di attori coordinati con cui si collabora quotidianamente.

Secondo i professionisti lo stesso concetto di intervento in “emergenza sociale” non potrà essere lo stesso prima e dopo l'epidemia covid.

[...] fino a questa pandemia, il concetto di “emergenza sociale” riguardava altro. Da una parte si trattava di seguire situazioni su casi del territorio, in cui c'era bisogno di azioni urgenti, con una equipe dedicata disponibile sempre (...) Inoltre, gruppi di colleghi che avevano una formazione mirata si sono organizzati per spostarsi su territori in cui fosse accaduto un evento straordinario (terremoto, evento naturale, ecc.); quello che dovremo pensare è, invece, come agire quando l'intero Paese rimane bloccato [...]

In questo modo, le competenze da sviluppare negli assistenti sociali riguardo l'emergenza sociale non corrisponderebbe più a una specializzazione, ma piuttosto a una formazione trasversale per tutti i professionisti del sociale in qualsiasi servizio e su qualsiasi campo, che trasversalmente dovrebbero essere in grado di gestire “la tenuta” del proprio ruolo e la tutela dei cittadini anche di fronte a un evento di emergenza nazionale. Questo significa essere attenti al “mantenimento minimo delle prestazioni, in particolare verso le persone più fragile” in un momento di crisi.

Un secondo aspetto che emerge con forza, forse non legato in modo esclusivo all'evento pandemico, riguarda a una rivisitazione della metodologia del servizio sociale a fronte dei nuovi strumenti di comunicazione a distanza da incorporare, in una misura equilibrata, tra gli strumenti del professionista di servizio sociale. Consapevoli dei limiti rispetto all'insostituibile incontro in persona con gli utenti, la realtà dimostra che possono essere di grande efficacia nello stimolare l'accessibilità dei servizi, nella costruzione di una relazione di fiducia all'interno del processo di aiuto, nel monitoraggio delle situazioni, nonché nell'intervento di gruppo e nella costruzione di un lavoro di rete.

[...] ci sto ricredendo sempre di più sulle potenzialità che zoom, WhatsApp e altro stano dando al servizio, sia nell'organizzazione che nella relazione con gli utenti. Sono loro stessi a chiederci se sarà possibile mantenere alcune delle modalità iniziate durante la pandemia quando questa sarà finita [...]

[...] all'inizio ho trovato difficoltà a usare queste cose, ma non posso negare la sua utilità. Non posso negare la fatica..., ma credo che sia davvero utile e che rimarrà come prassi nei servizi [...]

Durante questo periodo pandemico, la formazione dei tirocinanti ha significato, di fatto, uno sprono all'elaborazione di una riflessione teorica anche su questi strumenti. Le competenze degli studenti giovani hanno giovato al sostegno anche del veloce adattarsi ai nuovi strumenti di colleghe assistenti sociali di più esperienza, in una sinergia interessante di mutua collaborazione.

CONCLUSIONI

L'Italia, primo paese dopo la Cina ad essere sconvolto dagli effetti della pandemia, ha attraversato questa esperienza inedita senza avere riferimenti cui guardare che avessero similarità di caratteristiche, non solo in termini di forma di stato e di governo ma anche in termini di welfare state. Questo pone ognuno di noi, nel proprio spazio di azione, ma anche le nazioni, nel proprio spazio di governo, di fronte alla necessità - non più rinviabile - di prendere coscienza dell'interdipendenza che ci connota e di interrogarci in merito all'attuazione di politiche e al consolidamento di pratiche che diano corpo alla presa di coscienza di essere responsabili non solo per sé ma anche per gli altri, seppure in forma e dimensioni di impatto differenti. Rispetto a questo punto, come servizio sociale possiamo interrogarci sul ruolo che abbiamo o che possiamo avere nell'incidere a livello politico sulla presa di coscienza della responsabilità che ci accomuna, degli uni per gli altri, e della necessità vitale di agire in conseguenza.

Dal punto di vista dell'organizzazione dei servizi sociali, il sentimento di spiazzamento che ha pervaso l'intero sistema a livello nazionale ha avuto manifestazioni e strategie di resistenza diverse, principalmente a seconda del tipo di organizzazione, dell'età di servizio del professionista e della geografia del territorio (che in qualche caso vedeva i servizi più preparati ad affrontare emergenze di tipo collettivo). La paralisi organizzativa che ha interessato una grossa parte del sistema nazionale dei servizi sociali è stata tuttavia in ogni caso allentata dal modo in cui ciascuna organizzazione è riuscita a reinventare il proprio servizio.

Accanto a questa impreparazione organizzativa anche quella professionale, più di stampo pratico-metodologico, ha giocato un ruolo di non poca rilevanza. Questa si è manifestata in un maggior utilizzo della propria discrezionalità professionale e capacità di improvvisazione e adattamento, al netto delle indicazioni fornite dalle disposizioni normative. Tale reazione ha tuttavia accompagnato i professionisti anche a maturare la consapevolezza di avere pochi spazi per

la condivisione di riflessioni e la costruzione di buone pratiche, partendo dal livello organizzativo locale per finire al livello di sistema nazionale.

Rispetto a questo punto, la riflessione e l'impegno del servizio sociale e del suo ordine professionale italiano sono già presenti da tempo; per avere un riferimento temporale si può fare riferimento all'istituzione della legge quadro degli interventi e dei servizi sociali del 2000 (legge n.328). Anche grazie all'emergenza pandemica, il discorso relativo alla necessità di definire e applicare i livelli essenziali delle prestazioni al fine di ridurre il più possibile le disomogeneità e la frammentazione del welfare e dell'organizzazione dei servizi prende sostanza con il nuovo Piano Nazionale Sociale 2021-2023 e con la Missione 5 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza che prevede lo stanziamento di fondi dedicati alla supervisione professionale. Questi provvedimenti normativi vanno dunque incontro anche alla necessità dei professionisti di ritagliare uno spazio ed un tempo dedicati al confronto ed alla condivisione di riflessioni, pratiche ed emozioni che il lavoro genera quotidianamente. Insieme a questo, anche l'impegno del servizio sociale italiano accanto alla protezione civile si concretizza nell'esperienza dell'associazione nazionale di assistenti sociali per la protezione civile lascia intendere l'esistenza di un interesse strutturato del servizio sociale a maturare competenze teoriche e pratiche di fronteggiamento delle emergenze collettive.

L'interrogativo che sopraggiunge a questo proposito riguarda la cura, l'accompagnamento e la formazione da cui queste istanze necessitano di essere sostenute.

Rispetto alla relazione con i beneficiari dei servizi, al cui benessere la costruzione e la cura di tutti questi meccanismi e strutture è destinata, l'emergenza pandemica ha posto i professionisti di fronte a dilemmi etici inerenti la protezione dell'utenza e la protezione di sé come professionisti negli ambienti dei servizi sociali. Non in tutte le organizzazioni e non rispetto a tutte le fasce di utenza è stato possibile garantire lo stesso livello di protezione mediante la fornitura dei dispositivi di protezione individuale e l'educazione alla sanificazione di sé e degli ambienti di vita. Questi elementi, insieme all'introduzione di strumenti di lavoro digitale nella relazione di aiuto, hanno condotto la riflessione dei professionisti intorno al senso e all'efficacia dei contenuti e delle forme di relazioni instaurate che fino alla pandemia erano forse più sottovalutati.

Questo tema apre a un campo di studio e di applicazione del servizio sociale essenziale da esplorare e mettere in pratica e che riguarda l'introduzione del digital social work e del suo impatto sulla costruzione e sull'efficacia delle relazioni di aiuto.

Questa ricerca, in sintesi, ha comportato lo sforzo congiunto di ricercatori e professionisti nel riflettere sul concetto di presa di coscienza e di valutare quanto poco questo sia masticato e interiorizzato in noi stessi, innanzitutto come esseri umani di questo periodo storico. Quello della coscienza è un concetto sfidante nella prospettiva di Paulo Freire (1968), che seppure tradizionalmente (e forse anche istintivamente) riporta il pensiero alla morale individuale, richiede invece un passaggio fondamentale e radicale dall'idea di sé come individuo all'idea di sé come collettivo, invitando al passaggio dal "sé" al "noi". L'evento pandemico sconfinava di fatto ciascun sé, portando con chiarezza all'evidenza l'interdipendenza che caratterizza gli esseri umani a livello mondiale, e sfida ogni confine nazionale a sconfiggere un nemico invisibile ma comune.

Alla comunanza del "nemico" si è, tuttavia, contrapposta la differenza di partenza che caratterizza i contesti dove questo si è fermato e dove gli assistenti sociali, insieme agli altri professionisti che in prima linea sono stati protagonisti nel fronteggiamento dell'emergenza, già agivano nel nome della tutela dei diritti e della garanzia della giustizia sociale.

Alcuni temi nel dibattito del servizio sociale in Italia hanno avuto modo di trovare più spazio nella riflessione e nella programmazione nazionale, come il tema del rafforzamento dell'identità professionale, quello della cura dei professionisti con attività di supervisione e quello della garanzia di livelli essenziali delle prestazioni nutrita da risorse economiche, umane e tecnologiche dedicate e delineate in progettualità e relativa previsione di valutazione del cambiamento apportato a seguito dell'implementazione delle azioni.

In questo capitolo abbiamo tentato di presentare le riflessioni dei professionisti assistenti sociali sui cambiamenti che l'emergenza pandemica ha prodotto nelle pratiche professionali e sui possibili apprendimenti da conservare e usare per costruire il futuro del social work in Italia, relativamente alle pratiche e alla formazione.

Due sono, in conclusione, le questioni emerse che contribuiscono alla presa di coscienza da parte dei professionisti della essenzialità ed importanza della professione per la società: 1) la necessaria conoscenza da parte dei professionisti delle componenti e delle modalità di funzionamento dell'organizzazione del servizio sociale - sia rispetto al sistema in cui opera direttamente, sia rispetto al sistema territoriale locale, regionale, nazionale e mondiale - e la concreta possibilità di mettersi in rete ed agire insieme, praticando in qualche modo la coscienza maturata dell'essere "organismo" oltre che organizzazione; 2) la necessità di essere "nella" società in cui opera, imparando di volta in volta a comunicare con tutti gli strumenti necessari per comprendere in maniera sempre più approfondita e attuale i bisogni cui rispondere; da qui l'uso del digitale emerso in maniera così dirompente e, in qualche caso, prepotente nelle abitudini dei professionisti.

Il nodo più antico e affascinante cui la riflessione fatta durante e grazie a questa ricerca ci riporta riguarda la consapevolezza che servizio sociale è scienza e arte e che i professionisti hanno il diritto ed il dovere di attrezzarsi per esprimersi e farsi riconoscere come scienza senza dimenticare di alimentare la dimensione artistica e creativa che la caratterizza, senza la quale non riuscirebbe a lavorare con i livelli di incertezza e di immaterialità con cui ha a che fare quotidianamente.

RIFERIMENTI

Bazeley, P. (2009). *Analysing Qualitative Data: More Than Identifying Themes*. Malaysian Journal of Qualitative Research, 6-22.

Bonomi, F. (2004) Voce "Coscienza" in Vocabolario etimologico della lingua italiana, in www.etimo.it

CENSIS (2021), 55° rapporto sulla situazione sociale del paese 2021, Franco Angeli.

Cerro, A; Ferrante, L.; Laganà, N e Ripa, C. (2020) *Servizi per l'implementazione delle misure di contrasto alla povertà* in "Il servizio sociale nell'emergenza covid-19" a cura di Sanfelici, M., Gui, L e Mordegli, S., Franco Angeli.

Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory*. UK: SAGE.

Desai, A. S. (2006), *Disaster and Social Work Responses*, in L. Dominelli, *Revitalising Communities in a Globalising World*, Ashgate, Aldershot.

Dominelli L. (2013), *Disaster Interventions and Humanitarian Aid Guidelines, Toolkits and manual*, School of Applied Social Sciences, Duhram University.

- Durkheim, E. (1893). *La divisione del lavoro sociale* (2016 ed.). Milano: Il Saggiatore.
- England H. (1986), *Social Work as Art: Making Sense for Good Practice*, Gower, Aldershot.
- Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis; A Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development. *International Journal of Qualitative Methods*, 80-92.
- Ferrarotti, F. (2003). *On the Science of Uncertainty. The Biographical Method in Social Research*. Oxford: Lexington Books.
- Freire, P. (1968). *Pedagogia do oprimido*, Sau Paul: Paz&Terra.
- Garfin D.R., Silver R.C., Holman E.A. (2020), “The Novel Coronavirus (COVID- 2019) Outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure”, *Health Psychology*, 39, 5: 355-357.
- Gazzi, G. (2020). Una comunità professionale e l’emergenza, in “Il servizio sociale nell’emergenza covid-19” a cura di Sanfelici, M., Gui, L e Mordeglia, S., Franco Angeli.
- Gui L. (2016), *Funzioni e prospettive del servizio sociale nelle calamità. Primi esiti di una ricerca*, Calbucci R. et al., a cura di, Servizio sociale e calamità naturali. Interventi di servizio sociale, EISS, Roma.
- Gui L. (2018), *Altervisione. Un metodo di costruzione condivisa del sapere professionale nel servizio sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Gui, L. (2020), *Spiazzamento e apprendimento dall’esperienza in tempo di COVID*, in “Il servizio sociale nell’emergenza covid-19” a cura di Sanfelici, M., Gui, L e Mordeglia, S., Franco Angeli.
- ISTAT (2021), *Impatto dell’epidemia covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente anno 2020*.
- Marx, K. (1844). (Edizione commentata a cura di Andolfi, F. e Sgrò, G.) *Manoscritti economico-filosofici del 1844* (2018 ed.). Napoli-Salerno: Orthotes Editrice.
- Marx, K. (1867). (A cura di Macchiario, A. e Maffi, B.) *Il Capitale* (2013 ed.). Torino: UTET.
- Mauss, M. (1924), *Essai sur le don, Forme et raison de l’échange dans les sociétés archaïques*, *Année Sociologique*, seconde série, 1923-1924, tome I.
- Mead, G. H. (1966), *Mente, sé e società*. (2018 ed.). Seggiano di Pioltello: Giunti.
- Mordeglia, S. (2020), *Introduzione*, in “Il servizio sociale nell’emergenza covid-19” a cura di Sanfelici, M., Gui, L e Mordeglia, S., Franco Angeli.
- Payne M. (1997), *Modern Social Work Theory*, Mac Millan.
- Sanfelici, M. (2020), “La gestione dell’emergenza nei servizi per le persone anziane” in “Il servizio sociale nell’emergenza covid-19” a cura di Sanfelici, M., Gui, L e Mordeglia, S., Franco Angeli.

SPAGNA

La cura delle persone prima di tutto: Presa di coscienza e impegno etico degli assistenti sociali spagnoli durante il primo anno della pandemia di COVID-19

*Belén Parra Ramajo y Josefa Fernández Barrera*⁷⁶
*Arantxa Rodríguez Berrio y Emma Sobremonte Mendicuti*⁷⁷
*Miguel-Ángel Mateo-Pérez y María-Asunción Martínez-Román*⁷⁸

INTRODUZIONE.

La dichiarazione di pandemia globale di Covid-19 da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel marzo 2020 e i primi dati sulla pericolosità del virus Sars-CoV-2 in termini di rapida trasmissibilità e letalità in territori diversi da Wuhan, in Cina, hanno accelerato le misure pubbliche nell'Unione Europea per confinare la popolazione e sospendere temporaneamente molte attività economiche e sociali considerate non essenziali.

Ciò che è seguito, l'emergenza sanitaria, sociale e umanitaria, è ancora in fase di descrizione e spiegazione. Sono molte le angolazioni e le narrazioni da cui si può costruire la storia di ciò che è accaduto. Non è facile metterli insieme: la quasi assenza di informazioni sistematizzate in alcuni casi e, in altri, il dibattito sulla validità dei dati statistici ufficiali, rendono complicata un'interpretazione corale della realtà sociale che dobbiamo imparare dall'esperienza.

Tra la fine di gennaio e maggio 2020, il numero di persone uccise dalla Covid-19 in Spagna, secondo l'Istituto Nazionale di Statistica (INE), ha superato le 45.000 unità. Il dato non è privo di controversie, in quanto il Ministero della Salute fornisce una cifra inferiore, pari a 15.000 persone. Forse la cifra reale è molto più alta delle due precedenti, ma non abbiamo gli strumenti per verificarlo. La prima ondata della pandemia ha avuto un impatto enorme sulla popolazione di età superiore ai 70 anni, con un tasso di letalità del 62% nelle persone infette di età superiore agli 80 anni (INE, 2020). Secondo la Banca di Spagna (BdE), il prodotto interno lordo si è contratto in media del 10,8% nel 2020 e i lavoratori più vulnerabili (lavoratori temporanei, giovani e dipendenti con un basso livello di istruzione) hanno visto scomparire il proprio posto di lavoro (BdE, 2020). Non ci vorrebbe molto per assistere a un notevole aumento delle disuguaglianze e del rischio di povertà ed esclusione sociale, generando una maggiore domanda di servizi e protezione sociale da parte della popolazione.

Lo shock iniziale ha avuto un impatto significativo sui sistemi di protezione sociale: la chiusura degli istituti scolastici a tutti i livelli, la saturazione dei sistemi sanitari (assistenza primaria e servizi ospedalieri), la paralisi dell'amministrazione della giustizia, la chiusura e il confinamento degli anziani che vivono in istituti, la sospensione di fatto dei programmi sociali e

⁷⁶ Universitat de Barcelona

⁷⁷ Universidad de Deusto

⁷⁸ Universitat d'Alacant

dell'assistenza agli individui e alle famiglie più vulnerabili, sia nei servizi sociali pubblici che negli enti del terzo settore, sono alcuni esempi. La conseguenza è un'enorme domanda insoddisfatta.

In molti di questi sistemi di protezione sociale, gli assistenti sociali sono in prima linea o fanno parte di gruppi di lavoro. Ci siamo rivolti a loro consapevoli di quanto hanno sofferto, dato e imparato nei primi mesi della pandemia. Li abbiamo avvicinati con la sensibilità necessaria a riconoscere la loro esperienza come un evento traumatico a molti livelli, compreso quello personale. E proprio la loro voce, la loro riflessione e la loro esperienza sono state prese come punto di partenza per questo testo, che esplora, in primo luogo e in modo più dettagliato, il contesto della pandemia Covid-19 in Spagna, il quadro teorico sul processo di coscientizzazione che porta ad un'azione riflessiva e impegnata nella situazione di emergenza sociale derivante dalla pandemia e, infine, qual è il discorso e come viene costruita la presa di coscienza da parte degli operatori sociali intervistati.

Infine, gli autori desiderano ringraziare i colleghi intervistati per la loro disponibilità e il loro atteggiamento impegnato nella ricerca, che è un ulteriore esempio della dedizione e dell'impegno etico che dimostrano quotidianamente.

La pandemia Covid-19 in Spagna: contesto e conseguenze

Il contesto della pandemia: l'organizzazione dello Stato spagnolo e dei sistemi di protezione sociale

Per comprendere meglio ciò che è accaduto durante la pandemia Covid-19 in Spagna e le azioni istituzionali e professionali svolte durante la stessa, è necessario sapere che la Spagna è stata istituita come Stato sociale e democratico di diritto con la Costituzione spagnola del 1978, attualmente in vigore. Ha anche un modello di Welfare State simile a quello dei suoi vicini europei, il che significa che lo Stato copre i diritti sociali di tutti i cittadini, garantendo, tra l'altro, l'accesso universale alla salute, all'istruzione e ai servizi sociali. D'altra parte, la Spagna ha un'organizzazione territoriale e politica complessa, la cui conoscenza è fondamentale per comprendere la professione e la formazione in Servizio Sociale a causa del decentramento dello Stato spagnolo. Esistono tre livelli di governo:

- Livello statale. Governo centrale: Presidente del Governo spagnolo e 22 Ministeri.
- Livello regionale. Ampio decentramento dei poteri. Esistono 17 Comunità Autonome (CC. AA), ciascuna con un proprio governo: presidente della Comunità Autonoma e dei suoi Consigli (equivalenti ai Ministeri). In pratica, esistono grandi differenze territoriali.
- Livello locale. Comuni (Municipi) e Province (Consigli provinciali) e, inoltre, esistono diversi livelli di autonomia locale per ragioni storiche (Diputaciones Forales, Cabildos).

Questa formula di organizzazione territoriale e politica è stata chiamata *Stato delle autonomie*, che è una formula intermedia tra lo Stato centralizzato e lo Stato federale, essendo il risultato della convergenza delle nazionalità e delle regioni storiche spagnole nel nuovo ordine costituzionale (1978) dopo la dittatura militare (Navas e Navas, 2018).

Per quanto riguarda il sistema sanitario spagnolo, va notato che è universalmente accessibile a tutti i cittadini e che le competenze in materia di salute sono praticamente decentrate alle Comunità Autonome. Lo Stato ha competenze esclusive solo in materia di Sanità estera; Basi e coordinamento generale della sanità (norme che stabiliscono le condizioni e i requisiti minimi, perseguendo una parificazione di base delle condizioni nel funzionamento dei servizi pubblici) e Legislazione sui prodotti farmaceutici (Legge generale sulla sanità, 1986).

In breve, esiste un Sistema Sanitario Nazionale (con poche competenze a livello statale) e 17 Sistemi Sanitari Autonomi con competenze sanitarie nelle loro regioni. Esiste un Consiglio Interterritoriale del Sistema Sanitario Nazionale (Legge 16/2003, del 28 maggio, sulla coesione e la qualità del Sistema Sanitario Nazionale), presieduto dal Ministro della Salute, in cui sono rappresentati i suoi omologhi di tutte le Comunità Autonome e in cui vengono concordate alcune politiche comuni.

Nel marzo 2020, il governo spagnolo ha stabilito, con il Real Decreto 463/2020 del 14 marzo 2020, uno stato di allarme su tutto il territorio nazionale per gestire la situazione di crisi sanitaria causata dalla Covid-19. Lo Stato ha dovuto trovare un equilibrio tra, da un lato, l'imposizione di una politica minima di salute pubblica comune che deve essere rispettata in tutti i territori e, dall'altro, il rispetto dell'autonomia delle Comunità autonome. Questa è stata una delle principali difficoltà in una situazione così eccezionale che ha interessato tutto lo Stato. La maggior parte delle decisioni politiche sulla pandemia hanno dovuto essere negoziate nel Consiglio Interterritoriale del Sistema Sanitario Nazionale, senza che fosse facile raggiungere il consenso.

Un secondo esempio della complessità del contesto politico della pandemia che influenza l'attività dei professionisti del servizio sociale è il caso della protezione sociale e dei servizi sociali. I servizi sociali e le prestazioni sociali di emergenza sono di competenza esclusiva delle Comunità Autonome e sono disciplinati da leggi proprie con una diversità di riconoscimento dei diritti per le persone che vivono nel loro territorio. L'estrema gravità e l'impatto economico e sociale della pandemia hanno generato politiche sociali pubbliche straordinarie da parte del governo spagnolo, note come "scudo sociale", che possono essere attuate nelle Regioni autonome e attraverso diversi sistemi di protezione sociale.

Le tre Regioni autonome in cui si è svolta la ricerca hanno un proprio sistema di governo con diversi livelli di competenze. Nel caso della Catalogna, le sue competenze sono inquadrate nel diritto all'autonomia disciplinato dall'articolo 2 della Costituzione spagnola, che stabilisce che le province confinanti con caratteristiche storiche, culturali ed economiche comuni, i territori insulari e le province con un'entità regionale storica (che è il caso della Catalogna) possono accedere all'autogoverno e costituirsi in Comunità autonome. Di conseguenza, la Catalogna è una delle comunità autonome con il maggior grado di autogoverno. I suoi poteri sono regolati dallo Statuto di autonomia, approvato da tutti i cittadini catalani e successivamente dal Parlamento spagnolo. L'articolo 1 dello Statuto stabilisce che la Catalogna, in quanto nazionalità, esercita il proprio autogoverno come comunità autonoma.

In relazione alle competenze dei Servizi sanitari e sociali che possono essere considerate di particolare rilevanza, lo Statuto stabilisce che la Generalitat, istituzione che esercita l'autogoverno, ha competenza esclusiva in materia di salute e sanità pubblica, sull'organizzazione e sul funzionamento interno, sulla valutazione, sull'ispezione e sul controllo di centri, servizi e stabilimenti sanitari (art. 162).

Inoltre, regola che la Generalitat ha potere esclusivo sui servizi sociali, che in ogni caso includono: la regolamentazione e l'organizzazione dell'attività di servizio sociale, le prestazioni tecniche ed economiche a scopo assistenziale o complementari ad altri sistemi pubblici di assistenza. La regolamentazione e l'organizzazione di enti, servizi e stabilimenti pubblici e privati che forniscono servizi sociali in Catalogna. La regolamentazione e l'approvazione di piani e programmi specifici rivolti a persone e gruppi in situazioni di povertà o bisogno sociale, nonché l'intervento e il controllo dei sistemi privati di protezione sociale complementare. Inoltre, la Generalitat ha competenza esclusiva in materia di volontariato, che comprende la definizione dell'attività e la sua regolamentazione, nonché la promozione di azioni finalizzate alla solidarietà e al volontariato realizzate attraverso istituzioni pubbliche o private (art. 166).

La Comunità autonoma dei Paesi Baschi gode inoltre di un livello di autonomia superiore a quello degli altri territori grazie al suo Statuto di autonomia, noto come "Statuto di Gernika", approvato con un referendum il 25 ottobre 1979, che riconosce la nazionalità storica del popolo basco e recupera in qualche modo il regime politico perso con le leggi abolizioniste dei Fueros del 1839 e del 1876 che stabilivano il regime istituzionale storico dei territori baschi.

La struttura dei poteri è stata determinata dal suddetto Statuto di autonomia (1979) e dalla Legge 27/1983 sulle relazioni tra le istituzioni comuni della Comunità autonoma e gli organi forali dei suoi territori storici, nota come "Legge sui territori storici" (LTH). Pertanto, in conformità con le disposizioni della Costituzione spagnola e dello Statuto di autonomia basco, la Comunità autonoma dei Paesi Baschi ha tre livelli di governo. L'AA dei Paesi Baschi ha tre livelli di governo: Governo Basco, Consigli Provinciali e Comuni. Le politiche sanitarie sono di competenza esclusiva e vengono gestite dal Governo basco e, quindi, in modo unitario per l'intera Comunità Autonoma Basca. Non è così, invece, nel campo dei Servizi sociali, dove il Governo basco è responsabile della pianificazione, ma l'esecuzione, la gestione e l'erogazione dei servizi sociali sono di competenza dei Consigli provinciali di ciascun territorio storico: Araba, Bizkaia e Gipuzkoa e dei Consigli comunali. Pertanto, nei Paesi Baschi, la Legge sui Servizi Sociali stabilisce le basi comuni per l'intera Comunità Autonoma, garantendo l'accesso ai benefici e ai servizi del Sistema Basco di Servizi Sociali come diritto universale e soggettivo. I Consigli provinciali hanno poteri normativi nell'organizzazione dei propri servizi e la facoltà di pianificare, fornire e organizzare servizi di assistenza secondaria o specializzata nel proprio ambito territoriale. Tuttavia, sono i consigli locali a essere responsabili dei servizi sociali di assistenza primaria.

Nel caso della Comunità Valenciana, lo Statuto di Autonomia della Comunità Valenciana, promulgato con la Legge Organica 5/1982, del primo luglio, è la norma istituzionale di base della Comunità Valenciana, che garantisce il recupero dell'autogoverno del Popolo Valenciano e delle sue istituzioni, esercitando i poteri assunti nel quadro costituzionale, nella sua condizione di nazionalità storica, recuperando i Fueros del Regno di Valencia che sono applicabili in piena armonia con la Costituzione.

Il territorio della Comunidad Valenciana comprende i comuni delle province di Alicante, Castellón e Valencia. L'insieme delle istituzioni di autogoverno della Comunità Valenciana costituisce la Generalitat Valenciana. Nell'ambito dei diritti sociali, secondo l'ultimo aggiornamento dello Statuto di Autonomia della Comunità Valenciana (art. 10, 1): la Generalitat difenderà e promuoverà i diritti sociali dei valenciani, che rappresentano un ambito inscindibile del rispetto dei valori e dei diritti universali degli individui e che costituiscono uno dei fondamenti civili del progresso economico, culturale e tecnologico della Comunità Valenciana. In ogni caso, le azioni della Generalitat si concentreranno principalmente sulle seguenti aree: la difesa integrale

della famiglia; i diritti delle situazioni di unione legalizzata; la protezione specifica e la tutela sociale dei minori; la non discriminazione e i diritti delle persone con disabilità e delle loro famiglie alle pari opportunità, all'integrazione e all'accessibilità universale in qualsiasi ambito della vita pubblica, sociale, educativa o economica; l'articolazione di politiche che garantiscano la partecipazione dei giovani allo sviluppo politico, sociale, economico e culturale; la partecipazione e la protezione degli anziani e delle persone non autosufficienti; l'assistenza sociale alle persone che soffrono di emarginazione, povertà o esclusione e discriminazione sociale; la parità di diritti tra uomini e donne in tutti i settori, in particolare in quello dell'occupazione e del lavoro; la protezione sociale contro la violenza, in particolare quella di genere e gli atti terroristici; i diritti e l'assistenza sociale per gli immigrati residenti nella Comunità Valenciana. Vale la pena sottolineare la competenza esclusiva della Generalitat nell'organizzazione, amministrazione e gestione di tutte le istituzioni sanitarie pubbliche all'interno del territorio della Comunità Valenciana (art. 54.1).

Per quanto riguarda l'amministrazione locale, le entità locali nel territorio della Comunità Valenciana, i Comuni (Municipi) e le Province (Consigli provinciali), amministrano i propri affari con autonomia, in conformità con la Costituzione spagnola e lo Statuto della Comunità Valenciana (art. 63.1).

In terzo luogo, il decentramento ha conseguenze anche sulla diversità della formazione al servizio sociale. Lo Stato esercita un controllo statale sulla progettazione degli studi di Servizio Sociale precedentemente ideati e approvati dalle Regioni autonome, su proposta delle loro università. Esiste anche un controllo statale periodico sulla valutazione della qualità dei risultati dell'istruzione universitaria (Bachelor, Master e Dottorato) con criteri di qualità comuni che, se non superati, possono portare alla perdita dell'offerta formativa di un'università. Questo vale per i corsi di laurea, master e dottorato in Servizio Sociale. Nelle Regioni autonome, le università hanno un'autonomia, ma limitata perché dipendono dai finanziamenti, dall'approvazione e dalla valutazione dei governi regionali. Per compensare questa situazione, è stata creata un'alleanza tra le università che insegnano Servizio Sociale e il Consiglio Generale del Servizio Sociale, che ha permesso di stabilire standard minimi comuni in tutta la Spagna. Ma, ad esempio, la formazione degli assistenti sociali in caso di emergenza ha un ruolo diseguale nelle università.

La complessa struttura territoriale dello Stato spagnolo e i diversi livelli di amministrazione pubblica rendono particolarmente complicata la gestione dei sistemi di protezione sociale nel quadro di governi multilivello. Sia le politiche pubbliche precedenti alla Covid -19 (sanità, servizi sociali, alloggi, economia, istruzione, protezione sociale e altre) sia la politica di gestione della pandemia sono diverse in ciascuno di questi territori e, di conseguenza, gli operatori sociali gestiscono la crisi pandemica in contesti diversi.

I fatti della pandemia

L'11 marzo 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato l'esistenza di una pandemia globale di Covid -19. In precedenza, alla fine di gennaio dello stesso anno, aveva già lanciato un'allerta internazionale quando erano stati segnalati i primi casi a Wuhan, in Cina e, successivamente, il 23 febbraio, il Comitato d'emergenza per il regolamento sanitario internazionale dell'OMS sull'epidemia del nuovo coronavirus aveva rilasciato una dichiarazione in cui chiariva che l'umanità si trovava di fronte a un nuovo agente patogeno altamente contagioso in grado di causare un enorme impatto economico, sociale e sanitario. La stessa dichiarazione affermava che "è possibile che si verifichino più casi esportati in qualsiasi Paese. Tutti i Paesi dovrebbero quindi essere pronti ad adottare misure di contenimento" (OMS, 2020).

In Spagna, ci sono prove di infezione (che saranno segnalate in seguito) e di circolazione del virus almeno dall'inizio di febbraio, ma il primo focolaio sarà confermato ufficialmente solo il 1° marzo 2020. L'evidenza di casi nascosti non rilevati è associata alla lentezza dei servizi di sorveglianza epidemiologica e alla costruzione di un discorso da parte delle autorità sanitarie basato su "basso rischio" e "nessuna evidenza di trasmissione comunitaria". Dieci giorni dopo, sono state riconosciute la trasmissione comunitaria e le aree ad alta trasmissione in Spagna (Madrid e la Comunità autonoma di Euskadi).

In seguito alla dichiarazione della pandemia globale, il governo spagnolo non ha avuto altra scelta che dichiarare l'emergenza sanitaria e istituire il primo stato di emergenza (14 marzo 2020), decretando restrizioni alla circolazione dei cittadini, garantendo l'approvvigionamento di alimenti e prodotti necessari per la salute pubblica, regolando l'apertura di alberghi, ristoranti e luoghi in cui si svolgono attività culturali, artistiche, sportive e simili, dando priorità al lavoro a distanza e sospendendo le attività scolastiche in classe. Il Ministro della Salute aveva alle sue dirette dipendenze le autorità civili delle amministrazioni pubbliche di tutto il Paese, in particolare nel settore sanitario. (Regio Decreto 463/2020 del 14 marzo). Il primo stato di allarme è durato fino a giugno 2020, per poi essere prorogato in altre due occasioni, con misure diverse, e infine decadere il 9 maggio 2021. Successivamente, il 14 luglio 2021, la Corte Costituzionale ha dichiarato la parziale incostituzionalità del Regio Decreto 463/2020, ritenendo che lo stato di allarme non sia la figura giuridica adeguata all'interno del sistema costituzionale per la sospensione dei diritti fondamentali.

Tuttavia, è vero che le misure hanno ridotto la diffusione del virus e impedito ulteriori infezioni e decessi, ma non sono riuscite a fermare le conseguenze della precedente trasmissione comunitaria: il collasso ospedaliero e la mortalità associata alla Covid-19. Tra gennaio e maggio 2020, secondo l'Istituto Nazionale di Statistica (INE), si stima che quasi 50.000 persone siano morte a causa della Covid-19 (tra casi confermati e sospetti) (INE, 2020). La maggior parte è deceduta negli ospedali (63%), ma non va dimenticato che 14.000 persone (il 30% dei deceduti) sono morte in case di riposo, senza essere trasferite in ospedale (Amnesty International, 2020: p. 14). Nei primi mesi della pandemia, le comunità autonome con il maggior numero di decessi, in termini assoluti, sono state Madrid, Catalogna e Castilla la Mancha.

L'evoluzione della pandemia in Spagna è stata chiaramente legata al confinamento iniziale, alla successiva riapertura delle attività economiche e al processo di vaccinazione. Finora si sono verificate sei ondate di infezioni di massa, in coincidenza con i periodi stagionali in cui le relazioni sociali sono più frequenti (vacanze, festività), aumentando la trasmissibilità del virus. La tabella 1 mostra gli indicatori e i dati più significativi sulla pandemia in Spagna e nelle Comunità autonome di Catalogna, Paesi Baschi e Valencia.

Tabella 1. Principali indicatori della pandemia Covid-19 in Spagna e in alcune comunità autonome. Febbraio 2022

	IC 14 giorni ⁷⁹	Totale casi	Persone Decedute	Popolazione Vaccinata ⁸⁰
Catalogna	2.127,35	2. 189.244	16.801	78,5%
Comunità autonoma dei Paesi Baschi	1.700,41	636.429	5.824	82,6%
Comunità Valenciana	2.041,44	1.235.278	8.794	81,1%
SPAGNA	1.461,71	10.604.200	95.995	81%

Fonte: elaborazione propria su dati del Ministero della Salute:
<https://cnecovid.isciii.es/COVID-19/>

Dalla sorpresa all'azione: la presa di coscienza degli assistenti sociali dell'impatto della Covid-19 in Spagna

Stato di avanzamento

Nell'ambito della ricerca internazionale "Theory and practice of Social Work in times of Pandemic", è stato deciso di utilizzare il termine "awareness-raising" (presa di coscienza) per avviare il dibattito concettuale per l'elaborazione di un quadro teorico su cui si sarebbe successivamente basata l'analisi del materiale risultante dal lavoro sul campo. Pertanto, è stata condotta una rassegna bibliografica e documentale in Spagna sul concetto di "presa di coscienza" dal punto di vista della responsabilità individuale degli operatori sociali in situazioni di emergenza/disastro. Non avendo trovato riferimenti al concetto di "presa di coscienza" nel contesto spagnolo, la revisione è stata estesa al concetto di "presa di coscienza situazionale" con un approccio multidisciplinare internazionale, comprese le linee guida sulla gestione del rischio di disastri di organizzazioni internazionali come le Nazioni Unite e l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Da questa ricerca è emerso che il concetto di "presa di coscienza situazionale" applicato alla responsabilità individuale degli assistenti sociali in situazioni di emergenza o di disastro non è analizzato esplicitamente nella letteratura sul servizio sociale (SS).

Fino al 2020, in Spagna, la letteratura sulle SS in situazioni di emergenza è stata scarsa e si è concentrata, per la maggior parte, sull'azione professionale diretta sia nell'intervento psicosociale e comunitario che nella gestione delle emergenze. Il suo sviluppo è dovuto alle esperienze di emergenze sociali che si sono verificate in Spagna a causa di inondazioni, terremoti,

⁷⁹ IC a 14 giorni: Incidenza Cumulativa a 14 giorni: numero di casi segnalati di infezione da COVID-19 per 100.000 abitanti.

⁸⁰ % di persone vaccinate con calendario vaccinale completo sul numero totale di persone vaccinate.

incidenti aerei o atti terroristici (Arricivita, 2006, 2013; Arricivita e Pérez Sales, 2005; Caravaca, 2016; Coloma, 2009; Camús, 2016; Duque e Murguía, 2011; Ferrer Álvarez, 2011; García Herrero, 2006; Herrero Muguruza, 2011; Pérez Madera, 2011). Gli articoli si concentrano sulla descrizione e sull'analisi di come sono stati realizzati gli interventi in situazioni specifiche che si sono verificate in modo improvviso e inaspettato, nonché sulle linee guida per la formazione alle competenze per mitigare le conseguenze di emergenze/disastri, ponendo l'accento sulle funzioni delle/degli assistente/i sociali (AASS) e sui principi etici della professione. In relazione alla formazione in competenze specifiche, vanno evidenziate quelle che Millán et al. (2006) ritengono necessarie per rispondere a situazioni di emergenza sociale: a) Competenze personali: equilibrio e fiducia in sé stessi, capacità di autocontrollo, resistenza alla fatica fisica e psicologica e tolleranza alla frustrazione. b) Competenze sociali: flessibilità e adattamento all'ambiente e ai diversi ritmi di lavoro, gestione positiva dei conflitti, improvvisazione di fronte a imprevisti tecnici o pratici (creatività), capacità di prendere decisioni in situazioni di forte stress, capacità e volontà di lavorare in gruppo, capacità di comunicazione interpersonale, empatia, capacità di gestire il silenzio e capacità di ascolto attivo.

Nell'analisi dei contenuti, emergono tre assi comuni: a) modalità di gestione degli interventi di emergenza con risorse scarse; b) difficoltà e linee guida per l'autoprotezione; c) attenzione specifica ai gruppi sociali vulnerabili.

D'altra parte, sono state analizzate le azioni e le pubblicazioni delle organizzazioni che difendono la professione di SS e i diritti delle/degli AASS prima del 2020. Queste organizzazioni sono, a livello nazionale, il Consiglio Generale del Servizio Sociale, che rappresenta tutte le Associazioni Ufficiali degli Assistenti Sociali in Spagna. All'interno delle Associazioni ufficiali di AASS sono state istituite Commissioni e Gruppi di lavoro sul SS in situazioni di emergenza e catastrofe, che hanno pubblicato documenti sull'intervento sociale di grande interesse per la pratica professionale. Ad esempio, le Commissioni sulle emergenze e le catastrofi delle Associazioni ufficiali di AASS di Castilla-La Mancha, Catalogna, Malaga e Madrid (Gutiérrez Pascual, 2011; Martínez Vázquez e Cabrera Galisteo, 2019).

La revisione suggerisce di indagare sulla presa di coscienza della responsabilità collettiva degli AASS in situazioni di emergenza o di disastro, ad esempio esplorando l'influenza della cultura professionale sull'interpretazione e la percezione del disastro come gruppo professionale, i modi di socializzare i problemi (Alexander, 2012). Nel corso del 2020, la crisi pandemica ha stimolato la pubblicazione internazionale di articoli e documenti sulla pratica professionale delle AS di fronte alla Covid-19. Secondo le definizioni di organismi internazionali come le Nazioni Unite e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (e le sue Agenzie) un'emergenza non è sinonimo di "disastro", un disastro ha una portata più ampia, è causato da pericoli/rischi naturali e umani e ha rischi e pericoli ambientali, tecnologici e biologici correlati (Nazioni Unite, 2015).

La pandemia Covid-19 è un disastro globale, quindi si tratta di una catastrofe piuttosto che di un'emergenza.

In Spagna, nel corso del 2020, il Consiglio Generale del Servizio Sociale ha condotto azioni per sostenere l'intervento degli AASS nella pandemia, sia in termini di posizionamento in difesa dei diritti umani dei gruppi sociali vulnerabili e di *advocacy* politica, sia in termini di informazione, formazione, progettazione di protocolli, linee guida deontologiche ed etiche e sostegno agli AASS. (Consejo General del Trabajo Social, 2020a, 2020b, 2020c).

Gli AASS sono una parte essenziale delle équipes multidisciplinari che intervengono nelle situazioni di emergenza, anche se non sempre con visibilità sociale. Durante la pandemia, hanno lavorato in prima linea, sebbene vi sia una diversità di esperienze a seconda di fattori quali le politiche precedenti alla diversa incidenza e gravità della pandemia a livello statale, regionale o locale. Il Ministero dei Diritti Sociali e l'Agenda 2030 del Governo statale hanno dichiarato, durante la pandemia, che gli AASS e i professionisti dei servizi sociali fanno parte dei servizi essenziali. Tuttavia, il decentramento delle competenze statali alle Comunità autonome e di queste a livello locale ha portato a modalità di risposta molto diverse, con la chiusura di molti servizi sociali di fronte alla diffusione del virus e, in molti casi, l'impossibilità per gli AASS di fornire assistenza diretta agli utenti, ordinando l'assistenza telefonica.

A livello internazionale, agenzie come la *Global Social Service Workforce Alliance* sottolineano che gli effetti della pandemia di Covid-19 hanno sfidato i servizi sociali a fornire servizi sicuri per bambini, famiglie e comunità diverse in una situazione senza precedenti. Secondo Brown (2020), durante le prime fasi della pandemia, gli AASS hanno lavorato per garantire l'accesso ai servizi necessari alle persone infette, offrendo consulenza a distanza e organizzando modi per superare l'isolamento di alcune delle popolazioni più vulnerabili. Inoltre, si sono assunti la responsabilità di fornire e diffondere informazioni concrete sulla situazione globale della catastrofe, hanno sviluppato una pianificazione inclusiva dei servizi e si sono adoperati presso i governi per un maggiore sostegno sociale (Brown, 2020). Nel contesto della pandemia, gli AASS sono stati esposti a richieste di lavoro estreme e sconosciute, che li hanno portati ad adattare le loro pratiche e procedure in un breve periodo di tempo (Ben-Ezra e Hamama-Raz, 2021).

Dopo aver esaminato la letteratura in un contesto più aperto e multidisciplinare, non limitato al dominio del SS, è stata trovata letteratura e ricerca rilevante sulla "presa di coscienza situazionale". Modelli di presa di coscienza dell'emergenza sono stati sviluppati in vari campi, come l'aviazione commerciale, il settore militare, la medicina, il controllo dei processi e la gestione del rischio, tra gli altri. Un autore di riferimento è Endsley, che nel 1995 ha definito il concetto di "presa di coscienza della situazione", stabilendo un modello a tre componenti: a) percezione di dati e informazioni; b) comprensione dopo l'interpretazione e la valutazione; c) proiezione futura con anticipazione, simulazione mentale. La presa di coscienza situazionale è la nostra capacità di comprendere il nostro stato attuale in un ambiente specifico, dove dobbiamo prendere decisioni costanti in frazioni minime di tempo. La presa di coscienza situazionale è intesa come la percezione degli elementi dell'ambiente, all'interno di una finestra spazio-temporale definita, la comprensione del loro significato e la proiezione del loro stato nel prossimo futuro. Percepire, comprendere, agire (Endsley et al. 1998; Endsley, 2015).

Inizialmente questo modello era incentrato sull'individuo e si è evoluto in un'applicazione ai team e alle organizzazioni (Salmon et al., 2007) che può trovare applicazione nei contesti organizzativi degli AASS.

Considerare le influenze del team e dell'organizzazione sul processo decisionale amplia l'attenzione sui fattori che influenzano la presa di coscienza della situazione e i processi. Ad esempio, l'allineamento attraverso le pratiche di coordinamento per dirigere l'azione verso un obiettivo comune (Schakel & Wolbers, 2019). Inoltre, in una situazione di disastro, un'organizzazione non può far fronte senza coordinarsi con altre organizzazioni e istituzioni. Coordinare le informazioni e il processo decisionale con interessi e punti di vista che possono essere divergenti è complesso. Una collaborazione efficace richiede una combinazione di *sensemaking* collaborativo e presa di coscienza della situazione condivisa (Treurniet & Wolbers,

2020). In sintesi, il modello di presa di coscienza situazionale di Endsley e la successiva applicazione alle squadre e alle organizzazioni da parte di altri autori sono applicabili alla pratica professionale e alla formazione in SS in relazione alla presa di coscienza situazionale delle emergenze/disastri dal punto di vista della responsabilità personale e collettiva in SS.

Altre prospettive sulla presa di coscienza e sul comportamento anticipatorio si trovano negli studi sul futuro e nella sociologia della società del rischio e delle posizioni critiche. Questi studi analizzano e creano immagini di futuri e percorsi possibili, probabili e preferibili. Ritengono che la coscienza umana del futuro sia presente nei comportamenti anticipatori e nelle previsioni quotidiane. Aumentare questa presa di coscienza permetterà di prendere decisioni verso futuri più desiderabili. Il modello decisionale sul futuro di Ahvenharju et al. (2018) si basa su cinque dimensioni: 1) prospettiva temporale, 2) convinzioni di agenzia, 3) apertura alle alternative, 4) percezione dei sistemi e 5) preoccupazione per gli altri. La sociologia del rischio e le posizioni critiche (Douglas, 1996; Alexander, 2012) analizzano la responsabilità sociale condivisa, la pluralità degli attori, i pregiudizi culturali, le dimensioni etiche e morali e la credibilità istituzionale. Mary Douglas studia i rischi nei disastri naturali, concentrandosi sui quadri culturali della struttura sociale che influenzano i processi di percezione del rischio. Studia la percezione del "rischio", sottolineando che le informazioni devono essere codificate per poterle interpretare, tenendo conto che questa interpretazione è influenzata dalla cultura (*cultural bias*) e dai diversi modi di percepire questi rischi a seconda della struttura sociale, delle nozioni di giustizia sociale, etica, moralità e credibilità istituzionale. Non si tratta di una formazione omogenea, né i rischi devono essere sottovalutati a causa dell'"immunità soggettiva", e i rischi sono erroneamente considerati controllati perché sono eventi poco frequenti (Douglas, 1996).

Le agenzie internazionali si stanno concentrando su un nuovo approccio alla gestione del rischio di catastrofi che privilegia la comprensione e la presa di coscienza: comprensione, coscientizzazione (educazione/coscientizzazione), pluralità di attori.

Il Quadro di Sendai delle Nazioni Unite per la riduzione del rischio di catastrofi 2015-2030 ha modificato il precedente orientamento dalla "gestione dei disastri" alla "gestione del rischio di catastrofi" come approccio preventivo, incentrato sulle persone e basato sui diritti umani. I pericoli sono molteplici e multisettoriali e le azioni di riduzione del rischio di catastrofi devono essere integrate, inclusive e accessibili, economiche, strutturali, legali, sociali, sanitarie, culturali, educative, ambientali, tecnologiche, politiche e istituzionali, coinvolgendo una pluralità di attori (compresa la popolazione) per preparare la risposta e la ripresa.

Concettualizzazione dell'espressione "presa di coscienza"

L'espressione presa di coscienza può essere sviluppata secondo un modello a fasi. Una prima fase è interna, basata sulla percezione da parte della persona di un evento imprevisto e su come, attraverso il proprio meccanismo di percezione e introspezione, lo assume come proprio e ne realizza l'importanza. Essere consapevoli di qualcosa inizia dal fatto di avere un qualche tipo di pensiero su ciò di cui siamo diventati consapevoli. Rosenthal (1986) sottolinea che è importante differenziare lo stato mentale dell'essere consapevoli da quello dell'acquisizione della conoscenza introspettiva di tale stato. L'introspezione richiede di prestare attenzione in modo consapevole e deliberato ai nostri stati mentali. Piaget (1980) ha studiato la coscienza nella sua relazione con la cognizione e ha definito la sua mancanza come incoscienza cognitiva. A sua volta, egli indica che sia la coscienza che l'inconscio cognitivo sono governati dalle proprietà strutturali del pensiero, i cui stadi iniziali sono caratterizzati dall'incoscienza, mentre quelli superiori dalla presa di

coscienza. Per questo autore, la presa di coscienza è un processo complesso che deve essere analizzato per comprendere l'effettiva concettualizzazione che porta a un'effettiva incorporazione e assimilazione (Piaget, 1976).

Organista (2005) fa un interessante confronto tra il concetto di coscienza di Piaget e quello di Vygostkij. Quest'ultimo mette in relazione la coscienza con il materialismo storico-dialettico, in base al quale la coscienza implicherebbe l'emergere di idee o oggetti mentali che hanno come riferimento un oggetto naturale esterno e che si caratterizzano per essere più stabili, in quanto prodotti di relazioni sociali, nonché la loro oggettivazione sotto forma di rappresentazioni mentali. Da qui, la coscienza viene analizzata come un prodotto dello sviluppo cognitivo da cui si estrapolano gli stadi o le fasi della sua formazione, dall'intelligenza pratica alla formazione dei concetti (Vygostkij, 1989).

La seconda fase corrisponde al processo di presa di coscienza e a come e a causa di quali fattori si è verificato. Piaget (1980) definisce il processo di presa di coscienza come una ricostruzione sul piano superiore (cosciente) di ciò che è già organizzato, ma altrimenti sul piano inferiore (inconscio). La terza fase è il passaggio dalla presa di coscienza all'agire di conseguenza. Chesney (2008), seguendo il modello di intervento di Freire, presenta che il normale processo di acquisizione della coscienza di una persona, empirico e in condizioni normali, sarebbe che una persona, di solito, dal contatto con i fatti, i fenomeni o la realtà oggettiva che la circonda, emergono idee e concetti. Questa identificazione pura e diretta dell'essenza di una cosa gli permette di realizzarla e di essere pronto a creare e trasformare, cioè ad agire. Tuttavia, questa fase del processo è incompleta se non si concretizza nell'azione. Per questo motivo è necessario influenzare e attivare i processi fondamentali per plasmare la formazione della coscienza e, in questo modo, raggiungere obiettivi parziali che porteranno poi a una vera e propria presa di coscienza. A tal fine, è necessario progettare una strategia che intervenga nel processo sopra descritto. La quarta fase avviene con l'impegno specifico assunto. Si tratta di prendere coscienza delle lacune delle politiche sociali e della lentezza della risposta delle autorità pubbliche: adottare una coscienza critica e approcci di azione sia diretti che indiretti per influenzare il cambiamento delle politiche sociali affinché vengano adottate misure urgenti per alleviare gli effetti dell'emergenza sociale. Misure di impatto per il servizio sociale in generale e per l'insegnamento.

L'emergere della Covid-19 come pandemia su scala globale rende necessario per gli assistenti sociali considerare come si sia verificata una pandemia così devastante. Strier & Shdaimah (2020), analizzando la situazione, ci ricordano come il dominio dell'economia di libero mercato abbia creato la necessità di ridurre al minimo lo Stato e che la riduzione delle dimensioni dello Stato fosse il passo necessario per dare dimensione al fattore più importante del nuovo sistema: l'iniziativa privata. La glorificazione dell'iniziativa privata ha richiesto il ridimensionamento dello Stato come organo di governo e di regolamentazione. In molti settori, lo Stato ha rinunciato alle sue funzioni più primarie, diventando una presenza distratta a favore della creazione di spazi incontrollati per l'iniziativa privata (2020, p.2). Di fronte a questa situazione, sostengono che la pandemia ha trovato Stati indeboliti che hanno adottato un ruolo secondario, sopraffatti dalle crisi economiche. Concludono quindi che le autorità pubbliche hanno reagito male a una situazione così critica su scala globale. È di fronte a questa realtà che gli operatori sociali si sono trovati allo scoppio di questa pandemia. In questo senso, possiamo collegare la coscienza critica della pandemia al concetto di coscientizzazione di Paulo Freire, che considerava lo sguardo più critico possibile sulla realtà, che la svela per conoscerla e per conoscere i miti che ingannano e contribuiscono a mantenere la realtà della struttura dominante (1973, p. 39).

Nel 2020, il Consiglio Municipale per il Benessere Sociale di Barcelona (CMBSB) ha elaborato un documento per analizzare le politiche sociali da intraprendere di fronte all'epidemia di Covid-19. Il documento iniziava con una riflessione e delle proposte in cui si sottolineava che la pandemia ha messo in evidenza problemi che già conoscevamo, ha portato chiaramente alla luce gruppi, persone e situazioni vittime di disuguaglianze, violenza ed esclusione strutturale, che avrebbero potuto rimanere nascoste, e ha creato nuove difficoltà; sia la pandemia che la successiva crisi socioeconomica stanno evidenziando ancora di più le disuguaglianze (ABCMBS, 2020, p.5).

Le emergenze e le catastrofi sociali evidenziano anche le ingiustizie sociali e lo scontro di fronte a un conflitto di risorse scarse (Redorta, 2004), in cui una pandemia che richiede ricoveri multipli e provoca la saturazione delle risorse sanitarie mette in bilico coloro che hanno più diritto ad accedere ai servizi sanitari più sofisticati.

In Spagna, per definire ~~protecolare~~ come agire in queste situazioni, sono stati redatti diversi documenti, in particolare quello pubblicato il 24 marzo dal servizio di emergenza medica della Catalogna (SEM), che indicava la limitazione di alcune risorse ai cittadini di età superiore agli 80 anni e menzionava anche quelli di età compresa tra i 75 e gli 80 anni con minori restrizioni, ma differenziandoli dal resto della popolazione di età inferiore ai 75 anni. A livello nazionale, la Società Spagnola di Medicina Intensiva, Cure Critiche e Unità Coronariche (SEMICYUC) ha redatto un documento di raccomandazioni per il processo decisionale etico in queste situazioni, dimostrando che l'applicazione di un criterio di razionamento è giustificabile quando sono già stati compiuti tutti gli sforzi di pianificazione e di allocazione delle risorse. Il dovere della pianificazione sanitaria dovrebbe includere l'aumento della disponibilità di risorse e la valutazione della possibilità di trasferimento in altri centri con la capacità di soddisfare la nuova domanda. Queste situazioni pongono gli AASS, se ne sono consapevoli, di fronte a grandi dilemmi e contraddizioni legati all'accesso ai servizi e ai parametri di giustizia, equità e parità.

Durante la quinta fase, è possibile identificare le lezioni apprese da una presa di coscienza reale e critica nei casi di emergenza sociale. Le proposte basate su questi insegnamenti per una buona gestione delle situazioni di emergenza sociale da parte degli assistenti sociali sia a livello diretto che per l'insegnamento. La presa di coscienza delle situazioni di emergenza sociale è probabile che si verifichi automaticamente quando gli operatori sociali hanno già introiettato i loro modelli di riferimento nel loro lavoro e il loro coinvolgimento e impegno nel cambiamento sociale. Tuttavia, per poter "prendere coscienza" dell'apprendimento ottenuto, è necessario un processo di riflessione (D'Cruz, et al, 2007; Mc.Guire & Lay, 2020; Wilson, 2013) dei processi e delle azioni svolte e della loro valutazione. È sulla base della riflessione e dell'analisi delle proprie azioni in situazioni di emergenza che gli AASS possono avanzare proposte per il miglioramento delle loro azioni. In quale altro modo si possono cambiare le pratiche in tempi di crisi globale e di emergenza? L'azione riflessiva che porta alla coscienza critica si sviluppa in prima persona attraverso dialoghi interni, ma mediati dal contesto sociale e professionale. La riflessività si riferisce alla capacità di considerare noi stessi in relazione ai nostri contesti e i nostri contesti in relazione a noi stessi (Longhofer & Floersch, 2012).

La catastrofe sociale causata dall'emergenza sanitaria ha avuto l'impatto maggiore sulle persone più vulnerabili, i bambini, le persone con disabilità, i senzatetto, le persone con un lavoro instabile e gli anziani, soprattutto quelli che vivono nei centri residenziali (European Social Network, 2021). Nel caso della Spagna, le conseguenze economiche e sociali della pandemia hanno accelerato i processi di esclusione sociale in tutto il Paese, sebbene vi siano significative

differenze territoriali in base alle politiche sociali e ai sistemi di protezione sociale regionali e locali (FOESSA, 2022).

I problemi sociali preesistenti di solitudine, povertà, sovraffollamento abitativo, disparità di accesso all'assistenza sanitaria sono emersi con maggiore forza. La crisi pandemica ci costringe a ripensare il modo in cui organizziamo la nostra società e i servizi sociali e sanitari (Devlieghere & Roose, 2021). È quindi necessario, seguendo Golightley & Holloway (2020), che il servizio sociale prenda coscienza e rifletta criticamente sui cambiamenti che ha incorporato nell'intervento a causa delle procedure seguite nella pandemia, come la diminuzione delle visite a domicilio, il divieto di contatti rassicuranti con le persone in difficoltà, le riunioni online che sostituiscono forum decisionali multiprofessionali più inclusivi e la messa in discussione dei metodi di intervento finora utilizzati di preferenza dagli assistenti sociali.

La costruzione del discorso sulla presa di coscienza della pandemia COVID-19 tra gli operatori sociali in Spagna. Casi di studio.

Nota metodologica

Il disegno della ricerca empirica si basa sugli obiettivi stabiliti nel progetto internazionale "Theory and Practice of Social Work in the World in Pandemic Times" (International Association of Schools of Social Work, IASSW-AIETS 2020), coordinato dalla dott.ssa Alexandra Mustafá (Universidade Federal de Pernambuco, Brasile). La descrizione del processo di presa di coscienza del Covid-19 sugli AASS in Spagna condivide gli aspetti metodologici concordati dal team internazionale di ricercatori: approccio qualitativo, produzione di dati attraverso interviste mirate e generalizzazione analitica nel contesto di studi di caso.

Data l'eterogeneità dei sistemi sociali e la loro articolazione sul territorio dello Stato spagnolo, illustrata nei punti precedenti, si è deciso di prendere in considerazione tre realtà specifiche come Alicante (Comunità Valenciana), Barcellona (Catalogna) e Bilbao (Comunità Autonoma dei Paesi Baschi) e di sviluppare empiricamente il modello teorico di presa di coscienza descritto al punto 3.2. A tal fine, sono stati selezionati operatori sociali di diversi settori, organizzazioni e amministrazioni pubbliche che, prima, durante e dopo l'inizio della pandemia Covid-19 in Spagna, svolgevano il proprio lavoro e i propri compiti professionali. Gli intervistati sono stati selezionati in modo da includere professionisti che lavorano nel settore pubblico (servizi sociali pubblici generali e specializzati) e nelle organizzazioni di azione sociale del terzo settore, e che svolgono la loro attività professionale in diversi ambiti: servizi sociali di assistenza primaria, servizi sociali di emergenza, servizi di assistenza per persone con disabilità, servizi di assistenza per gli anziani, alloggi, salute mentale, rifugi municipali, centri sanitari di assistenza primaria e ospedali.

La Tabella 1 mostra le informazioni sul profilo degli assistenti sociali selezionati per Comunità Autonoma, nonché i dati tecnici necessari per l'analisi della validità qualitativa dei risultati.

Tabella 1. Profilo e informazioni tecniche degli operatori sociali selezionati⁸¹

	Catalogna	Comunità Valenciana	Comunità autonoma dei Paesi Baschi
Profilo e aree di intervento	(EC-1): Servizi comunali di emergenza sociale (pubblici)	(EA-1): Centro servizi sociali comunale (pubblico)	(EE-1): Servizi sociali di assistenza primaria (pubblici)
Identificatore dell'intervista	(EC-2): Servizi per persone con disabilità (pubblico)	(EA-2): Croce Rossa (organizzazione non profit). Assistenza primaria	(EE-2): Servizi di emergenza sociale (pubblici)
	(EC-3): ospedale pubblico terziario	(EA-3): Caritas (organizzazione non profit). Assistenza alle persone senza fissa dimora	(EE-3): Rifugi comunali per senzatetto (pubblici)
	(EC-4): Organizzazione senza scopo di lucro: assistenza agli anziani e alle persone con disabilità	(EA-4): Centro di assistenza sanitaria primaria (pubblico)	(EE-4): Croce Rossa (organizzazione senza scopo di lucro). Servizio di accoglienza.
	(EC-5): Caritas (organizzazione non profit). Assistenza primaria	(EA-5): Servizi di salute mentale (pubblici)	(EE-5): Residenza per anziani (privata)
	(EC-6): Organizzazione non profit: Salute Mentale	(EA-6): Unità di assistenza residenziale (pubblica)	(EE-6): Centro di salute mentale del Servizio sanitario basco (pubblico)
Registrazione delle informazioni	Videoconferenze. Registrazione video e audio Incidente: un'intervista non ha immagini, ma audio.	Videoconferenze. Registrazione video e audio Nessun incidente	Intervista faccia a faccia. Registrazione audio. Nessun incidente
Data dei colloqui	Marzo-aprile 2021	Marzo-aprile 2021	Gennaio-marzo 2021
Numero di intervistati	6	6	6

Fonte: elaborazione propria

Le intervistate (tutte donne) sono state informate degli obiettivi e dello scopo della ricerca internazionale. Ognuna di loro ha firmato un modulo di consenso informato che garantisce i loro diritti di intervistate e stabilisce le condizioni di riservatezza. È stato concordato che le informazioni ottenute sarebbero state utilizzate solo per scopi accademici e scientifici, orientati

⁸¹ L'acronimo EC-1 o EA-1 o EE1. Si riferiscono a coloro che sono stati intervistati dalle varie università. C sta per Catalogna, A Alicante ed E Euskadi. È un modo per identificare gli intervistati senza dare nomi

all'obiettivo della ricerca di contribuire al processo di presa di coscienza e promuovere processi riflessivi e critici in ambito accademico e professionale. È importante notare che quando sono state condotte le interviste era già passato un anno dall'inizio della pandemia, per cui le risposte potevano essere date con una certa distanza e conoscenza della causa.

Le pagine seguenti organizzano e sintetizzano i principali contributi delle assistenti sociali intervistate in ciascuna delle Comunità autonome in cui è stata condotta la ricerca. I risultati non possono essere estrapolati a tutti gli assistenti sociali in Spagna (o nelle Comunità autonome in cui sono state condotte le interviste) per diversi motivi: 1) il disegno della ricerca internazionale, seguendo una proposta di studi di caso multipli e paralleli, non persegue la rappresentatività geografica o territoriale, ma la descrizione e l'analisi dei discorsi a partire dalla definizione di alcune ipotesi e dimensioni di partenza; 2) la selezione dei casi non è probabilistica ma intenzionale, cercando ampi profili di assistenti sociali in cui la costruzione del discorso sulla presa di coscienza possa essere osservata dalle dimensioni etico-politica, teorico-metodologica e tecnico-operativa, studiando gli aspetti comuni, divergenti ed emergenti nelle loro narrazioni.

Catalogna

Dimensione etica e politica

** Presa di coscienza*

Tutti gli intervistati affermano di aver preso coscienza della pandemia con largo anticipo, perché hanno visto cosa stava accadendo in altre città d'Europa e del mondo e questo ha reso necessario affrontare la situazione. Si sono resi conto della sua gravità grazie all'esperienza personale di chi ha sofferto di Covid o di se stesso o dei propri familiari. Si sono resi conto che c'erano grossi problemi con la pandemia a metà febbraio, grazie alle notizie che arrivavano dall'Italia, nonostante in Spagna non ci fosse alcun tipo di allarme e si continuasse a lavorare come al solito. L'EC-4 si è attivata alla fine di febbraio, istituendo comitati di crisi all'interno della propria organizzazione per prevenire eventuali problemi, coinvolgendo i direttori di ogni servizio. L'EC-2 ha riconosciuto che è stato difficile rendersi conto della gravità del virus perché si trattava di un virus invisibile e perché si pensava che non avrebbe colpito più di tanto la Spagna, ma quando ha visto che le attività iniziavano a fermarsi, ha capito che la situazione si stava complicando. In realtà, tutte le assistenti sociali hanno risposto con largo anticipo alla pandemia, ma hanno anche sottolineato come questa li abbia colpiti personalmente, direttamente o indirettamente. Essi sottolineano che, man mano che la situazione si diffondeva, cresceva la paura di ammalarsi e di non essere in grado di rispondere ai bisogni delle persone e dei servizi che servivano.

"È la paura e la vertigine, non appena ti chiamano e ti dicono che ci sarà una pandemia molto grave e inizi a vedere i colleghi che iniziano a cadere. Molti dei nostri colleghi si sono ammalati, e non solo i colleghi, ma anche i familiari. A me è successo quando mio marito si è ammalato, i miei colleghi si sono ammalati, quindi all'improvviso la paura... la vedi così reale, non è solo che te lo dicono dall'esterno, ma che le persone più vicine a te si ammalano, le persone muoiono in ospedale ed è allora che ti rendi conto della vertigine e della paura" (EC-3).

** Risposta iniziale dei servizi e della pubblica amministrazione*

Tutti gli intervistati affermano che la risposta è stata lenta e che la maggior parte di loro si era resa conto della gravità della pandemia con largo anticipo e avrebbe quindi dimostrato una maggiore sensibilità. Riflettono sulle implicazioni socio-politiche della pandemia sul sistema sanitario e su come questi effetti siano stati esacerbati da precedenti debolezze del sistema.

Sottolineano come all'inizio, non essendo prevista la portata della malattia, ci fosse una grande precarietà di risorse e si dovesse improvvisare continuamente. L'EC-4 ha mobilitato volontari e altre risorse per ottenere dispositivi di protezione in modo che i professionisti potessero andare ad assistere le persone, riducendo al minimo il rischio di infezione. La preoccupazione per i professionisti che dovevano essere assistiti per poterli curare è stata fatta propria da tutti gli assistenti sociali e tutti si sono attivati per intervenire. Si potrebbe addirittura ritenere che alcuni degli assistenti sociali abbiano disobbedito agli ordini impartiti dall'alto, contribuendo così a mettere al primo posto il cittadino e il benessere delle persone da assistere. Ha annullato le visite faccia a faccia prima che fosse formalmente ordinato, ma nonostante il Servizio Sanitario avesse detto che i parenti dei malati del COVID-19 non dovevano essere ammessi, anche se in fin di vita, non si è conformata perché aveva ben chiaro che le persone non dovevano morire da sole. Vedendo che le scuole erano state chiuse e non ricevendo istruzioni, decise di chiamare i centri diurni e i laboratori per dire loro di non aprire il lunedì successivo e di non occuparsi dei servizi di ristorazione e di trasporto. Questo ha permesso di evitare il caos dell'ultimo minuto.

... pensare che l'équipe doveva andare nelle case e tenere conto di come dovevano andare in queste case. Dovevano essere assicurati perché all'inizio non avevamo DPI, non avevamo niente, era un momento molto teso: stavamo inventando. All'inizio le persone andavano nelle case dove non riuscivano a respirare perché gli mettevamo le bolle, dovevamo dare molto supporto all'équipe. (EC-1)

La maggior parte degli operatori sociali sottolinea che i servizi sanitari hanno ricevuto un maggiore riconoscimento, mentre i servizi sociali sono stati resi invisibili e addirittura incolpati per molte delle situazioni che si sono presentate. Il governo catalano, di fronte alle difficoltà che si verificavano nelle case di riposo, decise di trasferire la responsabilità della loro gestione al Ministero regionale della Salute, sottraendo le competenze al Ministero regionale dell'Assistenza Sociale. Questo trasferimento di competenze ha generato più caos di quello già esistente. Una delle intervistate ha espresso grande rabbia per il modo in cui i servizi sociali sono stati "criminalizzati". Ha ritenuto che non venissero riconosciuti e che si pensasse che i servizi sociali facessero tutto male e i servizi sanitari facessero tutto bene. Ha dichiarato che si riteneva che negli ospedali morissero persone infette e che nelle case di riposo venissero uccise. Ha presentato la sua denuncia all'Amministrazione sia a livello di Direzioni generali che di Ministero stesso. Queste differenze sono state notate nel riconoscimento dei professionisti, come ha affermato una delle assistenti sociali:

Penso che gli assistenti sociali siano molto sicuri di aver dato un grande sostegno alle persone e alle famiglie, hanno avuto un grande ruolo e non sono stati visualizzati. Rispetto agli operatori sanitari, il grande lavoro che hanno fatto non è stato visto. (EC-4)

* Impatto, risposta e impegno personale delle assistenti sociali donne

Tutte le intervistate hanno risposto con forza su come rispondere alla pandemia e all'incertezza e al dolore che stava causando nella popolazione. Molti di loro hanno affermato di recarsi ogni giorno al lavoro per sostenere i professionisti sul campo, ma sapevano anche di dover proteggere se stessi e garantire che altri professionisti si proteggessero per non essere contagiati. Molti di loro hanno dovuto ampliare le proprie competenze impegnandosi in servizi che andavano al di là di quelli normalmente forniti. Dopo un mese di lavoro, tutto è diventato più complesso e impegnativo e hanno dovuto rispondere a situazioni urgenti anche durante le vacanze e i fine

settimana. L'attenzione ai servizi e ai cittadini ha influito notevolmente sulle loro relazioni sociali e familiari.

Dimensione teorica e metodologica

* Importanza del ruolo del Servizio Sociale.

È stato ritenuto molto importante che gli assistenti sociali comprendano di essere un pilastro fondamentale del sistema di *welfare* e che devono essere molto vicini a capire, comprendere e ascoltare la persona, valorizzarla e aiutarla a essere protagonista e a seguire il proprio percorso. È stato sottolineato che gli assistenti sociali non sono lì per dire alle persone quale strada devono seguire, ma piuttosto per guidarle offrendo loro diverse opzioni in modo che possano prendere le proprie decisioni. Tutto questo in un'ottica di prossimità. È stato anche sottolineato che gli AASS sono il primo passo nella cura dei cittadini e che le persone hanno bisogno di loro in una situazione come quella della pandemia, altrimenti la professione non ha senso. Sono professionisti che si occupano delle persone e il loro obiettivo deve essere quello di essere al loro fianco. Una delle intervistate ha riconosciuto che i professionisti possono attraversare una crisi e che anche in questo caso devono essere protetti e valutare se possono continuare o meno il loro lavoro, e anche questo dovrebbe essere permesso.

È emersa anche la capacità di adattamento e di lavorare e offrire aiuto in momenti in cui l'incertezza e l'urgenza sono predominanti. Insieme alla capacità di adattamento, è stata evidenziata la qualità della flessibilità, tipica del servizio sociale, che ha permesso di rendere visibile la funzione di accompagnamento psicosociale di individui e famiglie.

Le assistenti sociali intervistate concordano sulla necessità di una riflessione collegiale sulle conseguenze sociali della pandemia e sulla garanzia dei diritti delle persone nel caso in cui una situazione simile si ripeta in futuro.

La prima cosa da fare è fermarsi a riflettere, cosa che non abbiamo fatto di fronte all'urgenza e alla necessità di dare risposte immediate. Per la salute mentale degli operatori sociali dovremmo fermarci a riflettere, individuare quali bisogni abbiamo riscontrato, cosa è aumentato? La solitudine, la povertà, il divario digitale, tutti questi temi, dovremmo sederci e riflettere. Un'altra questione è la formazione sui diritti umani, quali diritti dobbiamo garantire? E cosa possiamo fare per garantirli. (EC-3)

Alla domanda su come si sono comportati gli assistenti sociali durante la pandemia, una delle intervistate ha detto di aver incontrato AASS di molti servizi che avevano molta paura e altri che non ne avevano. Ritiene che sia una questione di atteggiamento e di personale, ma che sia anche necessario che siano accompagnati e guidati. Ha pensato che non si possa lasciare un'équipe di professionisti abbandonata in un servizio dimenticato da Dio, dove ognuno vede le cose in modo diverso, e che quindi è il caos. Ha suggerito che, di fronte alla pandemia, le azioni dovrebbero essere molto ben strutturate e dovrebbero essere elaborati degli indicatori. Ha riferito di aver dovuto creare registri nelle case di riposo che non esistevano.

È stata espressa l'opinione che gli assistenti sociali abbiano una visione ampia e che siano particolarmente preparati all'interno dei servizi sociali e la capacità di lavorare insieme ai servizi sanitari, cosa che a volte è molto difficile. È stato osservato che anche i servizi sanitari si stanno muovendo alla cieca.

* Impatto sulla formazione in Servizio Sociale

Si sottolinea l'importanza di lavorare sull'impatto della pandemia e sulle sue conseguenze per il Servizio Sociale nelle università e di utilizzare la supervisione come una delle metodologie essenziali, nonché la necessità di recuperare i temi dell'etica e di organizzare gruppi di riflessione e dibattito, condividendoli con i professionisti più giovani e persino con i laureati del quarto anno di Servizio Sociale. Il fatto che si tenda a gestire solo le risorse e che si sia persa la prossimità e che la Covid abbia generato ancora più distanza, soprattutto nei servizi sociali di base, in quanto i professionisti si sono protetti e hanno aumentato la distanza con i cittadini, è stato visto come un problema di questa visione. In questo senso, sono stati critici anche nei confronti dei servizi di assistenza sociale che hanno privilegiato i servizi telefonici o di videoconferenza. Le persone a cui si rivolge la pratica professionale del SC hanno difficoltà ad accedere e a collegarsi ai servizi on-line.

Le persone sono disperate, chiamano e chiamano e non ricevono risposta, non riescono a trovare un modo per connettersi e non hanno nemmeno abbastanza da mangiare, è una situazione disperata. Molti professionisti si sono accomodati, io che sono alle scrivanie, questa difficoltà di accesso per le persone, molti professionisti non la identificano, dicono che le persone possono accedere perfettamente. La maggior parte dei professionisti pensa che questo tipo di assistenza telefonica si possa fare (EC-6)

Una delle intervistate sottolinea l'importanza delle capacità di *leadership* per superare le difficoltà che si presentano, nonché l'uso di sistemi di gestione della qualità. D'altro canto, sono state avanzate proposte per la formazione degli assistenti sociali in interventi on-line e in specialità come l'orientamento sociooccupazionale e la gestione emotiva dei gruppi di lavoro.

Farei una formazione sulla gestione dei team, sulla gestione emotiva dei team, ho notato la mancanza di qualcuno che mi aiuti su come trasmettere serenità, in quali momenti trasmettere urgenza, come gestire i team in situazioni di crisi. Come aiutare a gestire le preoccupazioni. Penso che sia necessaria una formazione per aiutare i team a superare le fasi emotive di una pandemia di questo tipo. (EC-3).

Dimensione tecnico-operativa

Diverse intervistate hanno allestito spazi specifici per poter rispondere alle esigenze della popolazione servita. Soprattutto per quanto riguarda le esigenze alimentari, poiché dovevano consegnare molto cibo nelle case e avevano bisogno di uno spazio in cui organizzare tutta questa distribuzione. Questa gestione dell'approvvigionamento alimentare dovrebbe essere valutata per vedere se era quella giusta, perché hanno agito con grande urgenza con l'aiuto delle organizzazioni e hanno investito molto denaro. È stata creata una rendita affinché le persone potessero avere un reddito proprio e potessero fare la spesa e promuovere il commercio locale.

Sono stati istituiti ospedali di supporto, servizi per l'assistenza a persone con disabilità o disturbi mentali che rimanevano senza casa quando i loro assistiti venivano ricoverati in ospedale e/o morivano. Gli assistenti sociali sono responsabili dell'implementazione e del *follow-up* di questi servizi.

Abbiamo creato quel centro e dopo quindici giorni ne abbiamo creato un altro, tre dispositivi di emergenza coordinati da me perché tutto lo screening delle persone da ricoverare passava da me sotto la voce: persone con disabilità, ce ne sono molte. (EC-2)

Una delle intervistate sottolinea come si sia messa subito al lavoro per adottare misure preventive per evitare rischi maggiori. Spiega di aver creato rapporti di monitoraggio giornalieri per ogni servizio e di aver raggiunto accordi sulle misure da adottare, posizionando asciugamani con candeggina agli ingressi, e di aver parlato con i leader politici del territorio per contribuire alla disinfezione degli esterni e all'utilizzo e all'acquisto di dispositivi di protezione completa.

Hanno anche allestito spazi di partecipazione con utenti e professionisti. Hanno utilizzato molto l'informazione e la comunicazione con le famiglie attraverso la realizzazione di video. Tutti hanno partecipato alle azioni che si stavano svolgendo.

Comunità autonoma dei Paesi Baschi

Dimensione etica e politica

*** Presa di coscienza**

Nelle prime fasi, la maggior parte delle assistenti sociali intervistate ha dichiarato di essere venuta a conoscenza di quanto stava accadendo attraverso i media, ma non immaginava la gravità della situazione o che avrebbe raggiunto il nostro Paese. Pertanto, quando il virus non era ancora arrivato in Spagna, non hanno provato paura e sono rimaste tranquille perché non avevano previsto quello che sarebbe successo.

All'epoca i media avevano già iniziato a parlare della diffusione del virus, ma in Cina e poi in Italia, ma noi non eravamo consapevoli del vero pericolo: qualcosa di banale, come un'influenza. (EE-3)

Non ci siamo particolarmente spaventati perché non sapevamo fino in fondo cosa sarebbe successo: stava accadendo in Cina, non c'era un grande allarme, eravamo tranquilli..." (EE-2). Questo succede ad altri... a me non succede... (EE-2)

Questi resoconti dimostrano che c'è stata poca coscienza iniziale della situazione. Riflettendo a posteriori sul ritardo nel percepire e comprendere la gravità della situazione, alcune delle persone intervistate suggeriscono che ciò può essere dovuto in parte alla nostra visione del mondo etnocentrica, ai nostri pregiudizi e stereotipi, nonché all'individualismo prevalente della nostra cultura.

Ci abbiamo messo tanto a prendere coscienza, forse perché abbiamo una visione, non so... forse perché pensiamo che quello che succede nel resto del mondo non ci riguarda, giusto... è come se in Europa fossimo al di sopra del bene e del male, che non succederà a noi, che succede ai poveri del mondo, siamo stati lenti a reagire e a prendere provvedimenti perché non lo vedevamo come un attacco alle nostre vite. (EE-1)

Questi racconti suggeriscono l'inaspettatezza della situazione, una situazione per la quale non erano stati specificamente formati e non avevano esperienza, una crisi globale per la quale non trovavano risposte nel loro background professionale e personale:

Con questa pandemia ci sono state molte sensazioni, molte emozioni mai provate prima, perché quando si tornava a casa si provava paura, incertezza, timore per se stessi e per tutti coloro che ci circondavano, e questo non era mai successo prima, molte volte c'erano colleghi che avevano bambini o anziani a casa e dubitavano di dover andare a casa. (EE-5)

Ma riferiscono che la vera presa di coscienza della gravità e della pericolosità della situazione si è avuta quando la pandemia è scoppiata nelle nostre immediate vicinanze ed è iniziata la vertiginosa *escalation* di contagi e di morti tra tutta la popolazione. Solo in quel momento il governo spagnolo o i governi regionali si resero conto della pericolosità della situazione; si limitarono a insistere nell'adottare le misure di sicurezza raccomandate dall'OMS: distanza, lavaggio delle mani, uso di protezioni specifiche, ecc. Fu allora che il governo spagnolo prese la decisione di decretare lo stato di allarme il 14 marzo 2021 per l'intero territorio nazionale e come misura di protezione generale il confinamento di tutta la popolazione nelle proprie case, ad eccezione dei servizi essenziali. È stato anche in quel momento che i colleghi di alcuni servizi sociali e sanitari si sono trovati improvvisamente a ricevere, senza preavviso, una marea di chiamate per chiedere informazioni e aiuto.

Il panico e la paura sono sorti quando abbiamo cominciato a sentire parlare di contagi e morti vicino a noi... e si è arrivati al confino in casa. (EE-1)

Improvvisamente, 14 ore di lavoro e il telefono squillava a vuoto con domande implausibili e io dicevo: ma di cosa stanno parlando? Cosa sta succedendo? Cosa posso fare? (EE-2)

Secondo la concettualizzazione teorica della presa di coscienza situazionale, i risultati dell'analisi rivelano un processo composto da fasi chiaramente differenziate: la presa di coscienza iniziale quando sono arrivati i primi echi della pandemia, una seconda fase che gli intervistati chiamano "reale" e che identificano con il panico, la confusione e l'incertezza dell'esplosione del contagio e delle morti nel loro ambiente personale e lavorativo, una terza fase di azione in accordo con la percezione e l'interpretazione della situazione e, infine, la fase che deriva dall'introspezione a posteriori che la ricerca ha permesso loro di effettuare.

Ma hai anche sentito che in molte comunità di quartiere volevano espellere i medici, non farli tornare a casa e hai pensato, cosa sta succedendo, ti sei anche sentito rifiutato, come un fetente, che lavora in una casa di riposo ti ha segnato. (EE-5).

* Risposta iniziale dei servizi e della pubblica amministrazione

Le narrazioni delle assistenti sociali intervistate mostrano la loro percezione dell'impegno etico e politico delle istituzioni e del loro stesso lavoro. I loro discorsi, come non potrebbe essere altrimenti, non sono omogenei e rivelano esperienze un po' diverse ma complementari della stessa situazione.

Nella sfera istituzionale, mentre alcuni colleghi sottolineano positivamente il coinvolgimento delle istituzioni pubbliche basche di fronte alla pandemia, altri evidenziano alcune carenze nei primi momenti, consapevoli della generale mancanza di conoscenza del comportamento della pandemia e della mancanza di mezzi per proteggersi.

Immediatamente il governo basco, attraverso il Dipartimento della Salute, ha iniziato a inviare alcune linee guida che sono state applicate anche dai comuni nel caso del mio posto di lavoro, che erano misure di sicurezza, quelle che rimangono oggi: distanza, lavaggio delle mani, ma non c'era assolutamente nient'altro! (EE-3).

Penso che sia mancata un'organizzazione in grado di dare una linea guida generale alla pandemia su cosa fare e come farlo in un contesto che dipende dal Consiglio Provinciale,

dal Governo, eccetera, che è un intero quadro istituzionale e capisco che è complicato, eh? (EE-1)

Nessuno ci aveva dato informazioni all'inizio, non avevamo direttive chiare da parte dei nostri capi/dirigenti, né mezzi, né nulla..." solo per telelavorare, abbiamo dovuto improvvisare man mano. (EE-2)

È un bene che l'abbiamo fatto perché non c'era nessun altro. Provavi a contattare qualsiasi ente pubblico e non c'era nessuna opzione perché chiunque ti dava una qualsiasi risposta era: sono a casa e il mio telefono di lavoro è deviato su casa mia, quindi non posso darti una risposta, dobbiamo aspettare che ce lo facciano sapere, non sappiamo se quest'anno uscirà il sussidio di emergenza sociale, non abbiamo idea di..., le risposte erano così. (EE-4)

Altre narrazioni mostrano come la dipendenza professionale da un'istituzione, un fatto ben noto nella professione, ponga dei limiti all'intervento, condizionando l'azione professionale.

Nel mio caso e nel caso degli assistenti sociali del Comune, il lavoro è stato molto condizionato dall'istituzione, i limiti sono stati posti da loro, perché noi dicevamo "dobbiamo fare qualcosa con le persone che stanno chiuse in casa, soprattutto gli anziani, i malati e le persone sole, ma gli appuntamenti faccia a faccia sono finiti, i servizi sono stati chiusi perché i servizi non erano stati istituiti" (EE-2).

Il processo è stato segnato dalle linee guida che sono state date, beh, quelle; il confinamento in casa, impedire alle persone di stare per strada... beh, in realtà non dovevamo fare altro che seguire quello che ci davano, quello che ci imponevano. E per quanto riguarda il mio lavoro con i senzatetto, le risposte istituzionali sono state rapide (EE-3).

Sono intervenuti molti professionisti e il lavoro di squadra è fondamentale perché ciò che conta è il benessere del residente, e bisogna raggiungere un consenso, negoziare i diversi obiettivi con i diversi professionisti, e in tempi di crisi questo lavoro di squadra è ancora più difficile, perché si ricevono contro argomentazioni che non piacciono e bisogna saperle gestire (EE-5).

* Impatto, reattività e impegno personale degli assistenti sociali

Nonostante le difficoltà e i vincoli sopra menzionati, la pandemia ha rivelato il forte impegno etico degli assistenti sociali nei confronti della missione, dei valori e dei principi della professione. La maggior parte di loro ha sentito che di fronte a un evento così grave e straordinario doveva essere presente, in prima linea, per accompagnare le persone più vulnerabili, assumendo con coraggio la paura e il rischio di contagio, anche se i loro servizi consigliavano di telelavorare per proteggersi.

È stato straziante... non avevamo mezzi; eppure, avevamo la sensazione di dover essere lì in quel momento perché era qualcosa di straordinario (EE-2).

Alcuni di noi hanno deciso di non voler telelavorare e si sono persino offerti di fare i turni pomeridiani per garantire una maggiore copertura, perché pensavamo di dover essere presenti, lavorare molto e dare il massimo (EE-2).

Abbiamo detto sì all'opzione che ci è stata data di venire al centro, come potevamo dire di no! ... e non abbiamo colto nulla... (EE-6)

Tuttavia, vi erano anche atteggiamenti diversi per quanto riguarda il grado di impegno professionale e istituzionale in quel momento. Come esseri umani, alcuni professionisti, comprensibilmente in preda al panico da contagio quando la loro istituzione lo permetteva, hanno scelto di telelavorare. Allo stesso modo, alcuni servizi che potevano scegliere si sono posizionati in modo diverso. Alcuni hanno deciso che tutti i professionisti avrebbero dovuto telelavorare, mentre altri hanno consentito l'assistenza faccia a faccia.

Quando tutti erano confinati nelle loro case, io andavo in macchina e con la mia benzina da un centro all'altro ad accompagnare i professionisti e molti colleghi che erano lì a telelavorare mi dicevano: "Perché lo fai? Perché voglio farlo io" (EE-5).

Anche se il governo ha dato delle linee guida, ho visto che anche le organizzazioni hanno preso una posizione e hanno avuto una certa libertà di scelta, giusto? (EE-1)

Altri servizi, come ospedali, case per anziani o ONG come la Croce Rossa, hanno sempre lavorato in prima persona con un forte impegno nei confronti delle vittime del Covid-19 e dei loro familiari, facendo tutto il possibile per fornire sostegno emotivo, accompagnamento e beni di prima necessità.

Abbiamo capito che era il momento di essere lì dove si presentava, se si trattava di rimanere al proprio posto e fare il lavoro che si faceva normalmente, bene, ma se si trattava di qualcos'altro, si trattava di qualcos'altro, penso che siamo un'entità molto abituata a coordinarsi con gli altri e che abbiamo la capacità tra i diversi servizi di supportarci a vicenda e di rispondere (EE-4).

Dimensione teorica e metodologica

* Importanza del ruolo del Servizio Sociale.

Le azioni sviluppate dagli operatori e dai servizi sociali sono state numerose e varie, a seconda del contesto istituzionale e delle esigenze specifiche di ciascun gruppo durante la pandemia. Come dimostrano i loro resoconti, in tutti i casi le azioni e i progetti intrapresi sono stati finalizzati a salvaguardare i diritti delle persone e a soddisfare i loro bisogni fisici, emotivi, sociali e spirituali di base. Il contenimento emotivo, l'accompagnamento psicosociale, l'informazione, la mediazione familiare e istituzionale e il supporto strumentale per la copertura dei bisogni primari sono stati gli interventi più significativi sviluppati nei diversi servizi sociosanitari durante la pandemia. Hanno inoltre svolto un ruolo fondamentale nella rilevazione dei bisogni emergenti durante la pandemia, nello sviluppo di progetti e azioni per rispondervi e nel coordinamento intra- e interistituzionale. Nel servizio di Emergenze sociali, hanno sviluppato un progetto di informazione-contenimento per rispondere a tutti i chiamanti che si sentivano soli e in difficoltà e che avevano bisogno di comunicare. Per coprire le esigenze di base, sono stati organizzati programmi di assistenza domiciliare per portare cibo, medicine e cure alle persone che avevano bisogno di aiuto nelle attività di base della vita quotidiana, soprattutto considerando la chiusura dei Centri diurni per le persone in situazione di dipendenza. Abbiamo anche offerto il servizio di *pet walking*, rimozione dei rifiuti, ecc. in coordinamento con altri enti. Nel caso dei senzatetto, è stato sviluppato un progetto per collocarli in spazi sicuri quando erano confinati. In tutti i servizi si è lavorato senza sosta, creando nuovi servizi in coordinamento permanente tra tutti i tipi di enti pubblici e del terzo settore e con i gruppi di cittadini che si sono organizzati per fornire aiuto volontario. Le storie che seguono danno conto dei cambiamenti che la pandemia ha richiesto.

Dovevamo andare per le strade a cercare e individuare le persone che si trovavano per strada e non avevano un posto dove confinarsi... e creare spazi per loro, ad esempio nei centri sportivi, nelle scuole, ecc.

Abbiamo incontrato bambini di famiglie di classe media, professionisti, che all'improvviso sono stati ricoverati entrambi i genitori e i loro parenti avevano paura di riceverli a casa perché erano positivi e siccome la paura invadeva tutto, non volevano prendersi cura dei bambini, non volevano dire che erano parenti, mentivano per paura. Abbiamo dovuto organizzare dei centri residenziali per loro e la nostra missione era andare a cercarli a casa loro e portarli in quella residenza (EE-2).

Con le persone che sono consumatori abituali di sostanze tossiche, abbiamo dovuto fare un grande sforzo per coordinare i professionisti tra le organizzazioni e la polizia per evitare la "scimmi"(EE-2).

Le persone con gravi disturbi mentali sono state seguite telefonicamente durante tutto il periodo di isolamento sociale, e le chiamiamo ogni settimana per accompagnarle e sostenerle (EE-6).

Con la pandemia abbiamo iniziato a vedere molti disturbi dell'adattamento, con un livello di sofferenza molto alto, che non erano mai venuti a un consulto di salute mentale, a causa di morti o perdite vicine. In seguito, sono venuti da noi con tonnellate di sensi di colpa, ci dicono: i miei genitori sono venuti a casa e si sono presi cura di mio figlio e si sono infettati e sono morti... ma nessuno è colpevole... (EE-6).

È stato necessario organizzare risorse residenziali per le persone sole, dipendenti e prive di sostegno familiare o di vicinato... (EE-2).

Gradualmente, le routine sono state incorporate nei programmi precedenti e sono state incorporate nuove risposte che possono essere date dal programma *Responds* della Croce Rossa, anche se non siamo al livello di intervento di un anno fa perché non è la stessa realtà, e naturalmente ora abbiamo l'ERTES, abbiamo molte cose che sono nuove e che non sapevamo come gestire, penso che il tipo di intervento sia cambiato, i bisogni sono di nuovo di natura più primaria (EE-4).

Infine, molti operatori sociali hanno concordato sulla preoccupazione che hanno avuto durante la pandemia per le famiglie che in precedenza non erano protette o per le donne che subivano violenza di genere:

Mi sono detto: non so cosa potesse succedere in quelle case... abbiamo fatto dei controlli telefonici, insomma... abbiamo fatto quello che potevamo (EE-1).

* Impatto sulla formazione in Servizio Sociale

In questa dimensione, appaiono mescolati diversi aspetti che suggeriscono linee di formazione per il futuro, per poter affrontare situazioni simili. In primo luogo, i loro discorsi rivelano che, soprattutto all'inizio della pandemia, temevano di essere coinvolti in una situazione senza precedenti, estremamente grave e complicata, senza quasi nessuna competenza professionale specifica per affrontarla e senza protocolli istituzionali o risorse *ad hoc*. I protocolli sono arrivati dopo. Questo li ha costretti ad agire rapidamente, a improvvisare al volo, a essere flessibili e

creativi e a prendere decisioni in mezzo a una grande incertezza. Questo li ha anche aiutati a valorizzare il peso dell'esperienza professionale e del lavoro personale svolto in precedenza.

Se c'è una cosa che ho imparato è a gestire e accettare l'incertezza, bisogna essere in grado di improvvisare, essere agili... (EE-1).

Penso che il fattore più rilevante per affrontare questo tipo di situazione sia il fattore personale, finché non arrivi con certe cose elaborate, le tue paure, i tuoi fantasmi vengono a galla, vedere l'addestramento e il fatto che lavori da un po' di tempo, che conosci il terreno, ti dà un certo margine di lavoro, ma l'addestramento deve essere accompagnato da un lavoro personale (EE-6).

La chiave è essere flessibili, qualsiasi cosa tu debba affrontare con onestà e per quanto possibile e dire, guarda, sono arrivato fino a questo punto, lascia che ti trovi una persona che possa darti una risposta migliore, se necessario, o cerca di trovare soluzioni senza cercare di andare oltre le tue possibilità, perché devi essere consapevole dei tuoi limiti, che non puoi fare tutto, della creatività, perché nella vita di tutti i giorni ci sono molte situazioni, abbiamo avuto una rivolta perché non c'era pane per tutte le persone nell'ostello perché i ristoratori si erano confusi (EE-4).

Dimensione tecnico-operativa

Le donne intervistate hanno sottolineato lo sforzo supplementare che la pandemia ha richiesto loro e l'impatto biopsicosociale che ha avuto su di loro. **Nonostante ciò**, la maggior parte di loro valuta molto positivamente l'impegno profuso e anche il fatto che la pandemia ha generato una grande coesione nelle équipes e l'opportunità di rafforzare il lavoro collaborativo e di apprezzare il sostegno che fornisce.

Abbiamo provato stanchezza, insonnia, stress, non riuscivamo a dormire (EE-1).

Nel servizio siamo state molto unite. (EE-6)

Valuto molto positivamente lo sforzo professionale compiuto e il lavoro di rete improvvisato che è stato fatto che ha comportato coordinamento, sburocratizzazione e flessibilità. (EE-3)

Penso che siamo un'entità molto abituata a coordinarsi con gli altri e che abbiamo la capacità tra i diversi servizi di supportarci a vicenda e di rispondere, penso che dagli affari generali al dipartimento di inclusione, al dipartimento dei volontari, ci siamo rivolti tutti per rispondere e non abbiamo chiesto, perché in effetti i primi giorni prima che i rifugi fossero allestiti stavamo preparando kit di vestiti, stavamo preparando kit di cibo ed eravamo tutti lì, quelli degli affari generali, gli assistenti sociali, i direttori. (EE-4).

Ha anche ricordato che, nel mezzo della burocratizzazione delle organizzazioni di servizi alla persona, il Servizio Sociale deve sforzarsi di lavorare in modo diverso, più umano, più vicino alle persone e più flessibile. In questo senso, alcuni colleghi ritengono che ci stiamo muovendo verso un'eccessiva digitalizzazione per panico e avvertono che, sebbene la digitalizzazione ci abbia permesso di svolgere un eccellente lavoro sociale durante la pandemia, dobbiamo stare attenti a evitare la tentazione di sostituire indiscriminatamente il lavoro faccia a faccia con il telelavoro, sia

per motivi economici che di difesa, perché siamo esseri sociali che hanno bisogno dello sguardo, del contatto e del calore dell'altro.

La pandemia mi ha fatto lavorare in modo diverso, ci ha portato ancora di più fuori dagli uffici e ci ha fatto essere più vicini alle persone. Abbiamo imparato quanto le istituzioni abbiano influenzato la nostra professione in alcuni colleghi, burocratizzando il lavoro in modo tale da provocare un grande riduzionismo in molti operatori. (EE-1).

Tutti gli utenti sono grati per il ritorno al contatto faccia a faccia, abbiamo bisogno che l'altra persona ci rimbocchi le coperte, abbiamo dovuto fare a meno dell'aspetto sociale durante la pandemia... ma il contatto umano, ovviamente, calma la sofferenza. (EE-6).

Nel complesso, le narrazioni dei AASS mostrano la loro competenza e il loro impegno nel rispondere in modo agile e creativo a situazioni critiche e senza precedenti come la pandemia. A prescindere dai limiti formativi e istituzionali nell'affrontare situazioni di questa natura, si può affermare che la loro formazione teorica e pratica, la loro esperienza professionale e il loro senso etico sono stati determinanti nelle loro risposte.

Comunità Valenciana

Dimensione etica e politica

*** Presa di coscienza**

Prima di essere consapevoli della gravità della pandemia globale, tra le professioniste intervistate cresce l'inquietudine e la preoccupazione per gli eventi che si stanno verificando in Paesi vicini come l'Italia. Le informazioni fornite dai media e l'aumento del numero di casi vicini o noti di persone che si ammalano o che si rivolgono ai servizi di assistenza sanitaria di base con i loro sintomi stanno causando allarme e sospetti sulla portata e sulla gravità di ciò che sarebbe accaduto in seguito:

Due settimane prima del confino ho iniziato a preoccuparmi e una settimana prima dello stato di allarme abbiamo capito che dovevamo andare avanti e reinventarci (EA-3).

Ma finché non inizia a toccarti, finché non inizia ad avere conseguenze nella tua vita e nel tuo lavoro, non inizi a renderti conto di quanto sia grave... Un altro indicatore di allarme è stata la chiusura dei servizi sanitari e l'impossibilità di accedervi come utente (EA-1).

In questo processo di relativa presa di coscienza della gravità della pandemia e delle conseguenze che avrebbe avuto sia per la popolazione che per gli assistenti sociali e le loro prestazioni professionali, c'è un fattore catalizzatore su cui tutte le intervistate concordano: sarà la dichiarazione dello stato di allarme da parte del governo spagnolo (14 marzo 2020) e ciò che ha significato in termini di limitazione della mobilità dei cittadini, cessazione dell'attività economica ad eccezione delle attività essenziali e riorganizzazione dei servizi pubblici e dei sistemi di protezione sociale (istruzione, sanità, servizi sociali, amministrazione della giustizia...), quando gli assistenti sociali si trovano ad affrontare cambiamenti molto importanti che avranno un impatto significativo sulla loro salute fisica e mentale, su quella delle loro famiglie e sull'esercizio della loro professione:

Questo divieto di uscire per strada ha iniziato a farci pensare che fosse molto più grave di quanto pensassimo inizialmente (EA-5).

Affrontare personalmente e professionalmente una situazione di pandemia che comporta un'emergenza sociale è molto difficile. Tutti le intervistate hanno descritto i mesi da marzo a giugno 2020 come un'esperienza "stressante", come mesi "molto duri". L'incertezza iniziale su ciò che sarebbe accaduto nelle settimane successive, insieme alle situazioni di fragilità e vulnerabilità riportate dalle intervistate (tra cui l'infezione Covid-19), è il quadro in cui gli operatori sociali risponderanno a un volume di lavoro assistenziale senza precedenti e a una riorganizzazione dei servizi.

* Risposta iniziale dei servizi e della pubblica amministrazione

La situazione di emergenza sociale derivante dalla pandemia ha portato a una ridefinizione dei rapporti tra organizzazioni del terzo settore e amministrazioni pubbliche. Si è reso necessario un maggiore coordinamento e un lavoro di rete con altri professionisti, soprattutto nel campo dell'assistenza. Le organizzazioni del terzo settore hanno svolto un ruolo importante come risorsa; in alcuni casi, gli utenti dei servizi sociali pubblici sono stati indirizzati a loro con finanziamenti pubblici e in altri casi, l'organizzazione stessa ha coperto i bisogni di base, anche se con il problema principale di avere un'ampia base di volontariato sociale composta da persone anziane a cui era vietato il contatto diretto, secondo le nostre intervistate. Esse sottolineano il ruolo importante delle varie iniziative dei cittadini. L'Università di Alicante, già dal 20 marzo 2020, ha organizzato il Volontariato Collettivo di Emergenza Sociale - Covid-19, che ha sostenuto diverse iniziative di solidarietà.

Le intervistate sottolineano che in questo processo sarebbe stato necessario *"un maggiore coordinamento e la possibilità di condividere strumenti e protocolli"* (EA-2), in quanto ciò avrebbe migliorato significativamente l'attenzione agli utenti e l'intervento. Allo stesso modo, sottolineano che *"la mancanza di leadership, in generale, da parte delle amministrazioni pubbliche dell'intera provincia (di Alicante)"* (EA-3) ha rappresentato un problema importante, sia in termini di conseguenze logistiche che di legittimità. Per un'altra intervistata, i servizi sociali comunali nelle grandi città sono scomparsi durante la crisi iniziale, anche se gli assistenti sociali hanno continuato a lavorare su base non presenziale con un alto livello di coinvolgimento.

Il sovraccarico degli enti del terzo settore è chiaramente legato alla chiusura dell'assistenza diretta e faccia a faccia nei centri sociali pubblici. Con la prospettiva del tempo, viene in mente la riflessione di una delle intervistate del settore pubblico: *"Non avremmo dovuto chiudere i Centri sociali"* (EA-1). Questo avrebbe implicato una diversa forma di organizzazione interna del lavoro che avrebbe condizionato diversamente la gestione della crisi e il rapporto con le organizzazioni e gli operatori sociali del terzo settore. Tuttavia, l'autrice sottolinea *"lo sforzo, l'impegno, il sacrificio e la vocazione portati allo stato sublime"* (EA-1) degli assistenti sociali dei servizi sociali comunali, che hanno dovuto sostenere anche carichi di lavoro praticamente insostenibili.

* Impatto, risposta e impegno personale delle assistenti sociali donne

Sebbene i giorni e le settimane successive al 14 marzo 2020 siano stati molto complicati, le assistenti sociali intervistate hanno dichiarato di aver affrontato gli eventi con insicurezze e paure, ma anche con un enorme impegno nei confronti della professione e degli utenti dei diversi servizi. L'*"attenzione alle persone prima di tutto"* (EA-2), *"12 ore al telefono dal lunedì alla domenica..."* (EA-3) e il riconoscimento dell'impegno e della buona risposta delle équipes di lavoro sono esempi dei valori che i professionisti hanno dimostrato, e questo si riflette nelle interviste. Ognuno di loro riconosce un'enorme capacità di resilienza, pur notando l'enorme vulnerabilità e fragilità delle persone (compresi loro stessi, ovviamente):

In questo processo lavorativo e personale ho dovuto disimparare molte cose per impararne di nuove, e credo che continuerò su questa linea. In questo processo di disimparare e imparare, credo di essere diventata più vicina alle persone che accompagniamo. Mi ha aperto gli occhi su quanto le persone siano vulnerabili in certe situazioni e su quanto sia importante il contesto, avere delle reti, quanto siano importanti le relazioni. (EA-5)

Dimensione teorica e metodologica

* L'importanza del ruolo del servizio sociale e il suo impatto sulla formazione.

La piena coscienza di ciò che sta accadendo e dell'impatto della pandemia richiede tempo. Le intervistate indicano il marzo 2020 come il momento in cui hanno iniziato a rendersi conto della gravità della situazione e la dichiarazione dello stato di allarme da parte del governo spagnolo, con il confinamento e la chiusura della maggior parte dei servizi pubblici, come il catalizzatore. Da marzo a giugno 2020, gli assistenti sociali hanno subito cambiamenti significativi nei rapporti di lavoro, nell'organizzazione interna del loro lavoro, nelle relazioni con altri enti e amministrazioni e ritengono che il loro lavoro non sia stato reso socialmente visibile. L'aumento della pressione dell'assistenza, la domanda insoddisfatta, l'impossibilità di un'assistenza diretta faccia a faccia o di gestire i servizi e le relazioni con altri professionisti o utenti come era normale prima della pandemia, sono fattori importanti per comprendere il sentimento generale delle professioniste intervistate.

È stato terribile e molto traumatico. Quando lo vivi non pensi mentre lavori. Non c'è tempo. Con il tempo ci pensi, pensi a come hai affrontato le situazioni e che sarebbe potuta andare molto peggio. Con il tempo vedi che abbiamo lavorato duramente e molto bene, con molto impegno. (EA-6)

Questa è una grande lezione di vita a livello personale e professionale. Siamo estremamente vulnerabili alle malattie e alla perdita di salute, così come i clienti con cui lavoriamo. (EA-1)

Il modello di assistenza deve cambiare radicalmente e concentrarsi sulla persona, nel suo contesto. Sono rimasta molto ferita da quello che è successo nelle case di riposo e che può essere estrapolato ad altri gruppi, come le persone con problemi di salute mentale... un altro modello di accompagnamento, recuperando le reti nelle persone stesse, lavorando nella comunità, sostenendole nei loro progetti di vita... (EA-5)

Nella formazione degli operatori sociali dobbiamo introdurre la gestione emotiva dello stress e della paura, la cura di sé. Pensiamo di saperlo, ma non lo sappiamo. Anche gli AASS sono stati ritirati. (EA-3)

Questo apre la possibilità e l'opportunità, sulla base di quanto abbiamo sentito dalle intervistate, di imparare dalla situazione di crisi e dall'impegno degli assistenti sociali nei confronti dei principi etici della professione. Ciò implica una diversa posizione riguardo alla cura degli assistenti sociali all'interno delle organizzazioni in cui lavorano e una maggiore rilevanza e incidenza in queste organizzazioni.

Dimensione tecnico-operativa

Dalla metà di marzo 2020, gli intervistati che lavorano nei servizi sociali generali e specializzati e nelle organizzazioni del terzo settore riferiscono che sono avvenuti cambiamenti

significativi nell'organizzazione interna dei servizi. Molti di questi cambiamenti hanno dovuto essere attuati in pochi giorni e in condizioni materiali difficili (mancanza di DPI, di maschere, di spazi inadatti, ecc.).

In tutti i servizi è stato necessario attuare dei cambiamenti per rendere i requisiti del decreto di allarme compatibili con i bisogni degli utenti, che sarebbero aumentati in modo esponenziale. Questo aumento della domanda di assistenza avrebbe modificato i compiti che gli assistenti sociali dovevano assumere.

L'implementazione del telelavoro (a cui molti operatori sociali hanno rinunciato per il loro impegno nel lavoro e nella cittadinanza), i cambiamenti nella gestione dei casi (soprattutto nella registrazione dei dati) e la riorganizzazione delle équipes in "bolle" indipendenti, ma con la necessità di condividere le informazioni, sono aspetti evidenziati dalle intervistate. La valutazione di questi cambiamenti è unanime: è stato necessario adattarsi alle circostanze e le organizzazioni e i professionisti hanno compiuto uno sforzo enorme, nonostante i limiti dei servizi pubblici privi di risorse, per affrontare un'emergenza sociale di tale portata. Secondo una intervistata, il momento in cui è necessario adattarsi e cambiare l'organizzazione e i servizi è il momento più critico e quello che rivela una mancanza di pianificazione preventiva nelle situazioni di emergenza:

Poi mi sono resa conto del disastro che ci ha colto alla sprovvista e che all'improvviso non avevamo spazi di isolamento, non avevamo dispositivi di protezione, non avevamo stabilito come rendere l'isolamento compatibile con il diritto alle visite e al contatto con i bambini, ed è allora che inizi a renderti conto che sei stato preso in contropiede. Che è arrivato un grosso problema a cui non eravamo preparati. (EA-6)

Gli assistenti sociali hanno assunto tutti i tipi di compiti derivanti dalla riorganizzazione del lavoro. In alcuni casi, la pressione per fornire assistenza è aumentata a tal punto che alcune intervistate hanno commentato di aver visto come la definizione stessa di servizio sociale fosse confusa tra i molti bisogni immediati che dovevano essere affrontati e risolti.

Forse la portata e l'impatto dei cambiamenti e della riorganizzazione dei servizi possono essere visti in modo più drammatico nel campo degli operatori sociosanitari. Come sottolinea una delle intervistate:

È chiaro che il mio ruolo di assistente sociale doveva essere coperto, chiamando tutte le persone che avevano appuntamenti quella settimana, calmando gli animi al telefono, organizzando il cibo per le persone e le famiglie che avevano perso ogni fonte di reddito e avevano trovato i servizi sociali chiusi, sostenendo chi era solo.... (...) Abbiamo fatto di tutto. Abbiamo persino cercato maschere, schermi protettivi per i miei colleghi... Per il primo mese, tutti noi tagliavamo sacchi della spazzatura per i professionisti dell'assistenza diretta. (EA-4)

Siamo stati mandati a casa e non avevamo alcuna organizzazione telematica. Non potevamo accedere al nostro database di anamnesi. La prima cosa che abbiamo fatto è stata quella di progettare e generare un Drive per scaricare e condividere tutte le informazioni, in contatto quotidiano con l'équipe via WhatsApp e con incontri regolari. Non c'è stato bisogno di cibo, ma di supporto, rassicurazione, linee guida, sostegno alle famiglie, coordinamento con gli enti sociali... (EA-5)

CONCLUSIONI

Il primo resoconto della pandemia Covid-19 in Spagna è stato costruito con il chiaro intento di non allarmare la popolazione. I media e le autorità sanitarie hanno influenzato l'opinione pubblica con chiari messaggi di cautela, sottovalutando la possibilità di un contagio massiccio in Spagna. È difficile esprimere lo *shock* che ha accompagnato la presa di coscienza di un'emergenza sanitaria seria e minacciosa. L'incertezza sulla malattia, l'assenza di cure, la morbilità del virus e le modalità di trasmissione hanno rapidamente avuto la meglio sulla popolazione. Sono state introdotte misure di isolamento e confinamento della popolazione e di ogni tipo di attività considerata non essenziale per salvare vite umane e decongestionare il sistema sanitario al collasso, sollevando al contempo un'enorme preoccupazione pubblica per le conseguenze economiche e sociali a breve e medio termine. Fino alla fine di marzo, i servizi sociali pubblici non erano considerati dallo Stato come servizi essenziali, causando confusione e danni non ancora misurati agli utenti.

Nel frattempo, le ultime settimane di marzo e le prime di aprile 2020 saranno ricordate per il dramma sociale e umano del contagio massiccio di Covid-19 nelle case di riposo istituzionali, con il numero di morti e le situazioni dantesche di isolamento vissute dagli utenti che dovevano soffrire (e in molti casi morire) in solitudine. Con totale crudezza, la pandemia si apriva come ciò che sarebbe stato realmente: una crisi di giustizia sociale senza precedenti (Banks, 2020, p. 577).

Le operatorici sociali intervistate hanno vissuto il momento critico dell'inizio della pandemia, dovendo affrontare i problemi personali e familiari derivanti dall'emergenza sanitaria e continuando a contribuire al benessere dei cittadini in diversi ambiti e organizzazioni. La maggior parte delle intervistate si è resa conto della gravità e della pericolosità della situazione quando la pandemia è scoppiata nelle nostre immediate vicinanze ed è iniziata la vertiginosa escalation di contagi e morti tra la popolazione nel suo complesso. I servizi sociali e sanitari si sono trovati improvvisamente a ricevere una marea di chiamate per chiedere informazioni e aiuto. Altre intervistate raccontano di essersi accorte della pandemia con largo anticipo, perché hanno visto cosa stava accadendo in altre città d'Europa e del mondo. La reazione impegnata degli assistenti sociali, secondo le intervistate, è chiaramente legata ai principi etici della professione.

Nei primi mesi gli ostacoli da superare sono stati molti: sistemi inaccessibili di autoprotezione dal contagio nell'assistenza diretta, mancanza di istruzioni chiare e di protocolli adeguati, telelavoro e, soprattutto, mancanza di risorse tecniche e umane per soddisfare le richieste di utenti e cittadini. Le intervistate hanno messo a disposizione delle organizzazioni e degli enti in cui lavoravano la loro esperienza e le loro conoscenze per progredire con grande difficoltà: hanno fatto orari più lunghi, hanno riorganizzato i servizi e i turni di lavoro, si sono esposti in molti casi al contagio, hanno svolto ogni tipo di mansione contribuendo agli enti e ai centri, hanno escogitato formule per non far mancare l'assistenza agli utenti adattando gli spazi e creandone altri, si sono sforzati di coordinare enti e risorse, hanno innovato e riflettuto sulla situazione che stavano vivendo. Le azioni sviluppate dagli operatori sociali e dai servizi sono state molteplici e diverse a seconda del contesto istituzionale e delle esigenze specifiche di ciascun gruppo durante la pandemia. In tutti i casi, le azioni e i progetti intrapresi hanno mirato a salvaguardare i diritti delle persone e a soddisfare i loro bisogni fisici, emotivi, sociali e spirituali di base. Il contenimento emotivo, l'accompagnamento psicosociale, l'informazione, la mediazione familiare e istituzionale e il supporto strumentale per la copertura dei bisogni primari sono stati gli interventi più significativi sviluppati nei diversi servizi sociali e sanitari durante la pandemia. A contrastarli: la carenza di risorse strutturali dei sistemi di protezione, la burocrazia, la mancanza di flessibilità

nell'adattare alcuni servizi alla situazione di emergenza sanitaria, gli orientamenti mutevoli e talvolta contraddittori delle politiche sanitarie e sociali, il divario digitale, la chiusura dei centri sociali, l'aumento dei bisogni e della domanda non soddisfatta degli utenti, nonché il dover gestire le proprie paure e incertezze e, in molti casi, il contagio e la malattia.

Le assistenti sociali intervistate hanno raggiunto i loro limiti e li hanno chiaramente superati. La stanchezza e lo stress sono terribili compagni di viaggio, soprattutto quando il viaggio si prolunga nel tempo. Il deterioramento della salute mentale e fisica delle assistenti sociali donne durante i primi mesi della pandemia in Spagna è stato provato empiricamente, come dimostra il lavoro di Muñoz-Moreno et al. (2020). È importante non dimenticare questo aspetto, poiché le intervistate non sono praticamente riuscite a riposare fisicamente dall'inizio della pandemia o a staccare psicologicamente in modo adeguato, in quanto la mancanza generalizzata di risorse umane e il successivo aumento delle esigenze e delle richieste della popolazione hanno impedito loro di farlo. Inoltre, il lavoro degli assistenti sociali non ha ricevuto il riconoscimento sociale che merita, né dall'opinione pubblica né dalle istituzioni politiche e sociali.

Affrontare l'emergenza sociale derivante dalla prima fase della pandemia Covid-19 è stato estremamente difficile e stressante per gli operatori sociali. Quello che sarebbe seguito subito dopo non sarebbe stato da meno, in quanto avrebbero dovuto affrontare, con risorse molto limitate e poca forza, l'impatto sui redditi degli individui e delle famiglie del rallentamento economico, l'aumento delle disuguaglianze e dei prezzi dei prodotti di base, le conseguenze dell'isolamento sociale per gli anziani e le difficoltà nello sviluppo dei bambini, oltre a molte altre questioni. Il tutto in un quadro di generale indebolimento dei meccanismi di coesione e inclusione sociale e delle politiche sociali che devono ancora essere dispiegate in modo adeguato ed efficace in molti territori dello Stato. Le assistenti sociali intervistate hanno sottolineato l'importanza di fare rete, di coordinare le risorse tra organizzazioni ed enti pubblici e privati, di sostenere e promuovere l'aiuto volontario formale e informale e di generare sinergie con la comunità e le sue risorse, secondo le linee raccomandate dal Consiglio Generale del Servizio Sociale all'inizio della pandemia (marzo 2020) nelle proposte di azione rivolte agli assistenti sociali di fronte alla pandemia Covid-19 (CGTS, 2020d: p.4).

L'esperienza vissuta e raccontata dalle assistenti sociali intervistate implica un esercizio di analisi e introspezione di per sé prezioso, in quanto consente una riflessione critica sul ruolo individuale del professionista del sociale e sul suo contesto lavorativo, collegandolo a processi sociali, economici e politici più ampi. Gli operatori sociali intervistati non solo denunciano la necessità di politiche sociali pubbliche che riconoscano i diritti e i doveri dei cittadini in un contesto di emergenza sociale, ma indicano anche il senso e l'orientamento di una nuova gestione nei processi di governance multilivello. I responsabili delle politiche pubbliche e i *policy maker* devono essere consapevoli delle proposte derivate dall'esperienza degli operatori sociali nelle pandemie; questo trasferimento di conoscenze è essenziale per l'elaborazione di piani, programmi e progetti, per l'organizzazione dei servizi, per l'innovazione nel campo delle organizzazioni e degli enti, nonché nei servizi sociali e sanitari di proprietà pubblica.

Da parte nostra, è responsabilità di coloro che si dedicano all'educazione e alla ricerca in Servizio Sociale essere trasmettitori delle conoscenze, delle abilità e degli atteggiamenti derivati dall'esperienza professionale di fronte alla Covid-19, diffondendo le risposte, le strategie e gli apprendimenti che ne derivano (Amadasun, 2020, p.755). Questo lavoro permetterà, nel tempo, di analizzare in modo comparativo e internazionale i processi sociali generati dalla pandemia Covid-19 e le sue conseguenze, e di imparare dall'esperienza della pratica professionale. Nel frattempo,

il nostro più profondo rispetto, ammirazione e impegno per i colleghi che hanno lavorato e continuano a lavorare giorno per giorno per affrontare le conseguenze della pandemia.

RIFERIMENTI

Ahvenharju, S., Minkkinen, M., & Lalot, F. (2018). The five dimensions of futures consciousness. *Futures*, 104, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2018.06.010>

Ajuntament de Barcelona, Consell Municipal de Benestar Social (ABCMBS). (2020). *Les polítiques socials municipals davant l'impacte de la COVID-19, aportacions del Consell Municipal de Benestar social*. <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxius-documents/politiques-socials-municipals-covid-19.pdf>

Alexander, D. (2012). Models of Social Vulnerability to Disasters. *Revista Crítica de Ciències Socials-RCCS*, Annual Review, 4(4), 22-4. <https://doi.org/10.4000/rccsar.412>

Amadasun, S. (2020). Social work and COVID-19 pandemic: An action call. *International Social Work*, 63(6), 753–756. <https://doi.org/10.1177/0020872820959357>

Amnistía Internacional (2020). Abandonadas a su suerte. La desprotección y discriminación de las personas mayores en residencias durante la pandemia COVID-19 en España. Recuperado de: <https://bit.ly/341rJeK>

Arriçivita, A.L. (2006). La intervención social (o psicosocial) en emergencias y catástrofes. *Servicios Sociales y Política Social*, 74, 27-42

Arriçivita, A. L. (2013). *Manual para trabajadores sociales y otros profesionales de la ayuda*. Psicosocial & Emergencia Gráficas Alós.

Arriçivita, A.L., y Pérez Sales, P. (2005). La intervención psicosocial en catástrofes. El punto de vista de los actores. *Agathos. Atención Sociosanitaria y Bienestar*, 3, 44-46.

Banco de España (BdE) (2020). Informe anual 2020. Informe anual en breve. Disponible en:

https://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesAnuales/InformesAnuales/20/Fich/InfAnual_2020-IA.pdf

Banks, S. et al. (2020). Practising ethically during COVID-19: Social work challenges and responses. *International Social Work*, 63(5), 569–583. <https://doi.org/10.1177/0020872820949614>

Ben-Ezra, M., & Hamama-Raz, Y. (2021). Social workers during COVID-19: Do coping strategies differentially mediate the relationship between job demand and psychological distress? *The British Journal of Social Work*, 51(5), 1551-1567. <http://dx.doi.org/10.1093/bjsw/bcaa210>

Brown, N. (2020). *Social service workers mitigating the impact of COVID-19*, The Global Social Service Workforce Alliance. <http://socialserviceworkforce.org/resources/blog/social-service-workers-mitigating-impact-covid-19>

Camús, J. D. (2016). Las emergencias sociales: Fundamentos e Intervención. Un abordaje desde una disciplina interdisciplinar. ACCI, Asociación Cultural y Científica Iberoamericana.

Caravaca, C. (2016). Los nuevos ámbitos de Intervención desde el ejercicio libre en Trabajo Social. *La Razón histórica: revista hispanoamericana de historia de las ideas políticas y sociales*, 33, 181-202.

Chesney, L. (2008). La concientización de Paulo Freire, *Rhec*, 11 (11),51-72.
<https://revistas.udenar.edu.co/index.php/rhec/article/view/1032>

Coloma, A. (2009). Una aproximación a la intervención del Trabajo Social comunitario en situaciones de catástrofes y desastres. *Cuadernos de Trabajo Social*, 22, 243-257.
<https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0909110243A/7510>

Consejo General del Trabajo Social (2020a). *Plan de Emergencia de Trabajo Social Sanitario. Gestión Social Sanitaria COVID-19*. Madrid: G.E.I.E.S. Grupo Estatal de Intervención en Emergencias Sociales/Consejo General del Trabajo Social.

Consejo General del Trabajo Social (2020b). *Servicios Sociales y Política Social*, XXXVII, Monográfico: Trabajo Social vs COVID-19.

Consejo General del Trabajo Social (2020c). Incidencia política: Participación en el ‘Plan de Respuesta Temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19’ en el ámbito de los centros sociales residenciales. Grupo de trabajo de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales y Agenda 2030, Ministerio de Derechos sociales y Agenda 2030, Gobierno de España
<https://www.cgtrabajosocial.es/comunicaciones/comunicado-el-cgts-insta-a-dar-una-respuesta-temprana-en-los-rebrotos-que-pudieran-aparecer-en-las-residencias-de-mayores/537/view>

Consejo General del Trabajo Social (2020d). *Recomendaciones del Consejo General del Trabajo Social a los y las trabajadoras sociales ante la situación del COVID-19*. Madrid: Consejo General del Trabajo Social. Recuperado de:
<https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/Documento%20CGTS%20COVID-19.pdf>

Constitución Española, 1978. BOE núm. 311, de 29/12/1978.Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

D’Cruz, H.; Gillinham, P., & Melendez, S. (2007). Reflexivity, its Meanings and Relevance for Social Work: A Critical Review of the Literature, *British Journal of Social Work*, 37,73–90. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl001>

Devlieghere, J., & Roose, R. (2021). Editorial: why the COVID-19 pandemic calls for a children’s right reflex, *European Journal of Social Work*, 24(4), 563-565,
<https://doi.org/10.1080/13691457.2021.1947596>

Douglas, M. (1996). La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales. Paidós

Duque, J. M., y Murguía, M. J. (2011). La emergencia social: ámbito (privilegiado) de intervención para los servicios sociales. Gestión en el Ayuntamiento de Bilbao. *Servicios Sociales y Política Social*, 94, 69- 82.

Endsley M.R. (2015). Final Reflections: Situation Awareness Models and Measures. *Journal of Cognitive Engineering and Decision Making*, 9(1), 101-111.
<https://doi.org/10.1177%2F1555343415573911>

Endsley, M. R., Farley, T.C., Jones, W.M., Midkiff, A.H., & Hansman, R.J. (1998). *Situation awareness information requirements for commercial airline pilots*. International Center for Air Transportation. <http://hdl.handle.net/1721.1/35929>

European Social Network (ESN). (2021). COVID-19 impact on Europe's social services. Protecting the most vulnerable in times of crisis. Royal Library of Belgium.

Ferrer Álvarez, I. (2011). El servicio de Emergencias del Ayuntamiento de Barcelona. *Servicios Sociales y Política Social*, 94, 83-90.

Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada - FOESSA (2022). *Evolución de la cohesión social y consecuencias de la COVID-19 en España*. Fundación FOESSA y Cáritas Española Editores. Recuperado de: <https://bit.ly/3IScp2T>

Freire, P. (1973). *El mensaje de Paulo Freire. Textos seleccionados por el INODEP*. Fondo de Cultura Popular. Marsiega, pp. 13-14.

García Herrero, G. (2006). La respuesta de los servicios sociales ante las situaciones de urgencia. *Servicios sociales y Política Social*, 74, 6-25.

Generalitat de Catalunya. (2020). *Procediment d'actuació en front de casos d'infecció pel coronavirus SARS CoV-19-2*. https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/C/coronavirus-2019-ncov/material-divulgatiu/procediment-actuacio-coronavirus.pdf

Global Social Service Workforce Alliance, UNICEF, International Federation of Social Workers, Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. (2020). *Social Service Workforce Safety and Wellbeing during the COVID-19 Response - Recommended Actions* | Global Social Service Workforce Alliance. Social Service Workforce Safety and Wellbeing during the COVID-19 Response - Recommended Actions | Global Social Service Workforce Alliance

Golightley, M., & Holloway, M. (2020). Editorial: Unprecedented Times? Social Work and Society post-COVID- 19, *The British Journal of Social Work*, 50(5), 1297–1303. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcaa110>

Gutiérrez Pascual, M. (2011). La estructura colegial española de Trabajo Social y sus acciones ante situaciones de emergencia. *Servicios Sociales y Política Social*, 94, 33-5

Herrero Muguruza, I. (2011). Los Trabajadores Sociales en situaciones de crisis, emergencias y catástrofes. *Margen*, 63, 1-9.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2020). Defunciones según la Causa de Muerte. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_ene_may_19_20.pdf

Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco. BOE 242, de 7 de octubre de 2011. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-15726

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE-A-1986-10499. Publicado en: BOE 02, de 29/04/1986. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE 128, de 29/05/2003. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

Ley 27/1983, de 25 de noviembre, de Relaciones entre las Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma y los Órganos Forales de sus Territorios Históricos. BOE 92, de 17 de abril de 2012. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-5193>

Ley Orgánica 3/1979, de 18 de diciembre, de Estatuto de Autonomía para el País Vasco. BOE 306, de 22/12/1979. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/1979/12/18/3/con>

Ley Orgánica 1/2006, de 10 de abril de Reforma de la Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana. BOE 86, de 11/04/2006. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2006/04/10/1>

Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña. BOE 172, de 20/07/2006. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2006/07/19/6/con>

Longhofer., & Floersch, J. (2012). The Coming Crisis in Social Work: Some Thoughts on Social Work and Science. *Research on Social Work Practice*, 22(5), 499-519. <https://doi.org/10.1177/1049731512445509>

Martínez Vázquez, N., y Cabrera Galisteo, O.M. (2019). Grupos y/o Comisiones de profesionales del Trabajo Social de intervención en emergencias en los Colegios Oficiales profesionales de Trabajo Social en España. *Documentos de Trabajo Social*, 62.

Mc.Guire, L.E., & Lay, K.A. (2020). Reflective Pedagogy for Social Work Education: Integrating Classroom and Field for Competency-Based Education, *Journal of Social Work Education*, 56 (3),519-532. <https://doi.org/10.1080/10437797.2019.1661898>

Millan, C.; Plaxats, M. A.; Román, A. y Romero, M. I. (2006). La trabajadora y el trabajador social emergencista (perfil, formación, marco legal, y una experiencia de intervención en el ámbito internacional). *Servicios Sociales y Política Social*, 74,113-133.

Muñoz-Moreno R, Chaves-Montero A, Morilla-Luchena A, Vázquez-Aguado O (2020). COVID-19 and social services in Spain. *PLoS ONE* 15(11): e0241538. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241538>

Naciones Unidas (2015). Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030. CH: UNISDR.

Navas, F. y Navas, A. (2018). *El Estado de las Autonomías*. Dykinson
Organista, P. (2005). Conciencia y metacognición, *Avances en Psicología Latinoamericana*, 23,77-89.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Disponible en: [https://www.who.int/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. Junta de Vigilancia Mundial de Preparación para las Emergencias Sanitarias (2019). Informe “Un mundo en peligro: Informe anual sobre preparación mundial para las emergencias sanitarias”. https://www.gpmb.org/docs/librariesprovider17/default-document-library/annual-reports/gpmb-2019-execsum-annualreport-es.pdf?sfvrsn=52ccc8_3

Pérez Madera, D. (2011). El SAMUR Social como servicio social de atención a las emergencias sociales. Su papel en la catástrofe del atentado terrorista del 11M y en el grave accidente aéreo de Spanair. *Servicios Sociales y Política social*, 94, 9-32.

Piaget, J. (1976). *La toma de conciencia*. Morata.

Piaget, J. (1980). Problemas de la Psicología genética. Ariel.

Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE 67, de 14/03/2020. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-3692>

Real Decreto-ley 11/2020, de 31 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes complementarias en el ámbito social y económico para hacer frente al COVID-19 (BOE 91, de 01/04/2020)

Redorta, J. (2004). Cómo analizar los conflictos. La tipología de conflictos como herramienta de mediación. Paidós.

Rosenthal, D. (1986). Two concepts of consciousness. *Philosophical Studies*, 49 (3), 329-359. <https://www.jstor.org/stable/4319832>

Salmon, P. M., Stanton, N. A., Jenkins, D. P., Walker, G. H., Young, M. S., & Aujla, A. (2007). What really is going on? Review, critique and extension of situation awareness theory. In International conference on engineering psychology and cognitive ergonomics (pp. 407-416). Springer.

Schakel, J.K., & Wolbers J. (2019). To the edge and beyond: How fast-response organizations adapt in rapidly changing crisis situations [When duty calls: confronting fragmentation in crisis management] *Human Relations*, 74(3), 405-436. <https://doi.org/10.1177%2F0018726719893450>

Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). (2020).

Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos (SEMICYUC). https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf

Strier, R., & Shdaimah, C. (2020). The faintest stirring of hope became possible: Pandemic Postscript. Editorial Note. *Ethics and Social Welfare*, 14 (3),242-247. <https://doi.org/10.1080/17496535.2020.1798603>

Treurniet, W. & Wolbers, J. (2020). Codifying a crisis: Progressing from information sharing to distributed decision-making. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 29(1), 23-35. <http://doi.org/10.1111/1468-5973.12323>

Vygostky, L. (1989). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Crítica.
Willson, G. (2013). Evidencing Reflective Practice in Social Work Education: Theoretical Uncertainties and

Practical Challenges. *British Journal of Social Work*, 43,154-172. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr170>

Nota biografica sugli autori:

Josefa Fernández Barrera

Laureata in Servizio sociale, con una laurea in Giurisprudenza e un dottorato in Sociologia presso l'UB. Ha lavorato nel campo della salute e della salute mentale, dell'infanzia e della famiglia, della mediazione familiare e del sostegno alle associazioni. In questi ambiti ha sviluppato le sue principali linee di ricerca. Docente in pensione di Servizio Sociale presso l'UB. IP fondatore del GRITS (Gruppo di Ricerca e Innovazione nel Servizio Sociale) dell'UB ed ex direttore del Dipartimento di Servizio Sociale (2008-2016) ORCID <http://orcid.org/0000-0002-7544-7275>

María-Asunción Martínez-Román

Diploma in Servizio Sociale, laurea in Scienze dell'Educazione, Master in Valutazione in Servizio Sociale e Servizi Sociali e Dottorato in Sociologia (UA). Professore in pensione della Scuola Universitaria di Servizio Sociale e Servizi Sociali dell'UA. Professore onorario collaboratore del Dipartimento di Servizio Sociale e Servizi Sociali e dell'Istituto Interuniversitario per lo Sviluppo Sociale e la Pace dell'UA. Linee di ricerca: politiche pubbliche (povertà ed esclusione sociale dovuta al genere, all'età, alle malattie croniche gravi, alle disabilità); formazione, pratica professionale e impatto sulle politiche di servizio sociale. Membro della Federazione Internazionale degli Assistenti Sociali, dell'Associazione Gerontologica del Mediterraneo e della Società Spagnola di Geriatria e Gerontologia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5660-0126>

Miguel-Ángel Mateo-Pérez

Professore di Servizio Sociale e Servizi Sociali, Università di Alicante. Dipartimento di Servizio Sociale e Servizi Sociali e Istituto Interuniversitario di Sviluppo Sociale e la Pace. Linee di ricerca: politiche sociali, esclusione, povertà, disuguaglianza, incidenza degli operatori sociali nelle politiche sociali. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3716-6624>

Belén Parra Ramajo

Diploma in Servizio Sociale, laurea in Antropologia Sociale e dottorato presso l'UB. Professore associato presso l'UB (Unità di formazione e ricerca in servizio sociale). Ricercatore fondatore del GRITS (Gruppo consolidato per la ricerca e l'innovazione nel servizio sociale). Ricercatore collaboratore del GRISI (Gruppo consolidato di ricerca sugli interventi socioeducativi nell'infanzia e nella gioventù). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3555-2916>

Arantxa Rodríguez Berrio

Dottorato di ricerca in Scienze Politiche e Sociologia presso l'Università di Deusto. Docente presso l'Università di Deusto. Dipartimento di Scienze Umane e Sociali. È stata direttrice del Dipartimento di Servizio Sociale e Vice-Direttrice per l'Innovazione e la Qualità della Facoltà di Scienze Politiche e Sociologia. È stata anche direttrice del Master universitario in intervento e mediazione con bambini e adolescenti in situazioni di mancanza di protezione e/o conflitto sociale. Gruppo di ricerca sui valori sociali di Deusto, riconosciuto dal governo basco come gruppo di ricerca ad alto rendimento nel sistema universitario basco, di tipo A. Linee di ricerca: infanzia e adolescenza in situazione di vulnerabilità sociale, metodologia di intervento sociale nel servizio sociale e competenze professionali per l'intervento sociale, processi di inclusione/esclusione sociale, epistemologia del servizio sociale e valori sociali. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9651-0272>

Emma Sobremonete Mendicuti

Diploma in Servizio Sociale, laurea in Sociologia e dottorato in Sociologia presso l'Università di Deusto. Docente presso l'Università di Deusto. Dipartimento di Scienze Umane e Sociali. Direttore del Master in Intervento e Mediazione Familiare. È stata direttrice del Dipartimento di Servizio Sociale e Sociologia e Vicedirettrice dell'Organizzazione Accademica della Facoltà di Scienze Umane e Sociali (UD). Gruppo di ricerca Deusto Social Values, riconosciuto dal governo basco come gruppo di ricerca ad alto rendimento del Sistema Universitario Basco, tipo A. Linee di ricerca: disuguaglianze sociali nella salute, servizio sociale sanitario e assistenza sociale e sanitaria, etica dell'intervento sociale, epistemologia del servizio sociale e valori sociali. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0958-2719>

SVEZIA

Lo stato sociale svedese e il servizio sociale durante la pandemia di Covid

Jessica Jönsson e Maria Bennich ⁸²

INTRODUZIONE

La riorganizzazione neoliberale dello Stato sociale svedese

Come sostiene John Tomlinson (1999), la globalizzazione ha trasformato il locale in globale e il globale in locale. Questo ha messo in discussione la "località del servizio sociale", cioè i confini nazionali del servizio sociale, e lo ha costretto a (ri)orientarsi in un'epoca di processi globalizzati di disuguaglianze. La globalizzazione è spesso considerata uno sviluppo auspicabile e positivo, che porta benefici a tutte le società e nazioni. Tuttavia, la globalizzazione non è un processo neutrale che influenza tutte le società e le nazioni in modo uguale. È stata sviluppata attraverso il colonialismo, il capitalismo e l'imperialismo che hanno garantito i privilegi delle potenze coloniali e imperialiste. L'attuale ordine mondiale neoliberale è uno sviluppo del "sistema-mondo" creato dall'imperialismo (Wallerstein, 1975) che non lascia nessun Paese, compresa la Svezia, fuori dal suo campo di applicazione.

Sebbene la globalizzazione non sia una condizione nuova nella vita umana (Beck, 1998; Robertson, 1992) e le società umane siano sempre state influenzate dalla globalizzazione (come nel caso della globalizzazione delle grandi religioni), gli Stati nazionali hanno la tendenza a vederla come qualcosa di nuovo ed esclusivamente moderno. Ciò è dovuto alla propaganda degli Stati nazionali di presentarsi come qualcosa di "unico" e diverso dalle altre nazioni. Allo stesso modo, in Svezia c'è la tendenza a vedersi come qualcosa di diverso dagli altri Stati nazionali e a gestire l'educazione e le pratiche del servizio sociale come qualcosa di nazionale e limitato all'interno dei confini dello Stato nazionale. Ciò dipende principalmente dal fatto che l'educazione, le pratiche e la ricerca del servizio sociale in Svezia sono state sviluppate come parte delle visioni, dell'ideologia e della politica sociale dello Stato svedese durante la lunga storia dello sviluppo dello Stato socialdemocratico. Tuttavia, anche quello che viene definito "modello svedese" o "modello scandinavo" è stato fortemente influenzato, ad esempio, dal modello tedesco di welfare state. Fino all'inizio degli anni '80, il servizio sociale in Svezia era parte integrante dello Stato sociale svedese e la sua politica sociale mirava a ridurre le disuguaglianze socioeconomiche e a eliminare i problemi sociali. Tutti gli aspetti del servizio sociale erano influenzati dall'ideologia socialdemocratica governativa, che vedeva i problemi sociali come conseguenze di problemi strutturali del sistema capitalistico.

L'irruzione del neoliberismo nel mondo negli anni Ottanta, sotto la guida del presidente degli Stati Uniti Ronald Reagan e del primo ministro del Regno Unito Margaret Thatcher, ha influenzato il cosiddetto modello svedese, la sua politica sociale e il servizio sociale negli anni Novanta. I leader neoliberali, Reagan e Thatcher, consideravano lo Stato in generale e il welfare

⁸² Univerità di Örebro

state in particolare come un problema per lo sviluppo economico. Reagan credeva e propagandava che "lo Stato non è una soluzione; lo Stato è il problema" per la crescita economica e la Thatcher chiamava lo Stato sociale "Stato balia" e gli assistenti sociali "balie" (Kamali & Jönsson, 2018). I problemi sociali erano considerati da questi leader neoliberali come problemi individuali causati dai singoli e non dal sistema socioeconomico. Ciò ha innescato un'aggressiva globalizzazione neoliberale che ha costretto quasi tutti i Paesi del mondo ad adeguarsi alle politiche neoliberali. Il crollo dell'Unione Sovietica all'inizio degli anni '90 ha incoraggiato il governo e il partito socialdemocratico svedese ad adeguarsi allo "spirito del tempo", cioè al neoliberalismo come "unica alternativa" al mondo, propagandato dalla Thatcher. Questa trasformazione ha influenzato sia il tradizionale stato sociale svedese sia il servizio sociale come parte integrante dello stato sociale svedese.

Decenni di riforme neoliberali hanno allontanato le pratiche del servizio sociale dalle sue prospettive strutturali e le hanno limitate a interventi individuali all'interno di un sistema di crescenti disuguaglianze strutturali e istituzionali (Jönsson, 2015; Kamali & Jönsson, 2018). Nonostante la neoliberalizzazione dei Paesi svedesi e di quelli nordici, che ha cambiato radicalmente gli assetti strutturali e istituzionali di queste società, alcuni sono ancora intrappolati nell'illusione che la Svezia e gli altri Paesi nordici siano Paesi di uguaglianza e benessere sociale. In realtà, dall'inizio degli anni '90 la Svezia e gli altri Paesi nordici - sia sotto i governi socialdemocratici che sotto quelli di destra - hanno attraversato importanti riforme neoliberali che hanno emarginato lo Stato sociale e la formazione e le pratiche del servizio sociale (Kamali & Jönsson, 2018).

Gli Stati svedesi e degli altri Paesi nordici non sono più forti Stati assistenziali, ma rappresentano e fanno parte di un sistema capitalistico globale in cui i profitti delle aziende mondiali sono più importanti delle vite umane e della salute. Diversi rapporti dell'OCSE (2013; 2016) mostrano che, mentre i divari socioeconomici sono aumentati negli ultimi decenni in Svezia e in altri Paesi nordici, la spesa per il welfare è stata limitata e non in linea con i bisogni delle persone. I rapporti indicano che il divario socioeconomico tra i più poveri e i più ricchi in Svezia è aumentato come negli Stati Uniti. Questo ha portato anche a un aumento del sostegno al partito razzista, Sweden Democrats, e alle politiche di destra in Svezia (Kamali, 2008, 2015). Il partito, entrato nel parlamento svedese nel 2010 con un sostegno inferiore al 10%, è diventato il terzo - e in alcuni sondaggi il secondo - partito del Paese con un sostegno di quasi il 20% degli elettori. Nel nuovo panorama politico, il partito socialdemocratico, tradizionalmente noto come partito del benessere, è oggi un partito neoliberale ed è stato responsabile di molte riforme neoliberali nel Paese.

Le riforme neoliberali del mercato del lavoro, degli alloggi e del sistema educativo hanno ignorato il deterioramento delle condizioni di vita dei gruppi emarginati della società. Un gruppo crescente di giovani non riesce a superare le scuole elementari (Skolverket, 2019), in un momento in cui la precarietà del lavoro e il numero di persone a basso reddito sono aumentati (Wingborg, 2019; SCB, 2019). Ciò ha portato all'insicurezza del mercato abitativo attraverso l'aumento dei contratti di affitto temporanei, del sovraffollamento e dei senzatetto (Listerborn, 2018; Samzelius, 2020). Tali fenomeni possono essere osservati quasi in tutti i Paesi che hanno subito la neoliberalizzazione (Ferguson, Loakimidis & Lavalette, 2018).

I cambiamenti nell'organizzazione e nella gestione del sistema di welfare hanno reso molto difficile per i più bisognosi avere diritto al sostegno sociale. I servizi preventivi e di prossimità, che sono stati una componente centrale e naturale del servizio sociale governativo e municipale,

sono stati svalutati ed esclusi dalla pianificazione e dagli interventi del servizio sociale (Jönsson, 2015, 2019). Un recente rapporto governativo intitolato "Servizi sociali sostenibili - Una nuova legge sui servizi sociali" (*Hållbar socialtjänst - En ny socialtjänstlag*) ammette tali cambiamenti e suggerisce un cambiamento della prospettiva attuale e lo sviluppo di servizi sociali preventivi, che dovrebbero aiutare a sviluppare il servizio sociale preventivo al fine di ridurre la necessità di interventi individuali (SOU 2020:47). Tuttavia, dato l'attuale consenso politico sulle politiche neoliberali condiviso da quasi tutti i partiti politici, è molto improbabile che tali suggerimenti vengano inclusi nella politica e nei servizi sociali svedesi.

Inoltre, il neoliberismo come ordine socioeconomico e politico globale mina e riduce la sovranità degli Stati nazionali e li ha trasformati in rappresentanti locali del mercato globale. Ciò rende lo Stato nazionale un'organizzazione di controllo sociale e di sorveglianza dei suoi cittadini in generale, e di coloro che sono considerati una minaccia per il mercato globale neoliberale, in particolare (Finch et al, 2020). L'indebolimento del welfare state e l'incapacità dello Stato nazionale di contrastare il potere distruttivo e le conseguenze del neoliberismo globale rendono le politiche di sorveglianza e il controllo sociale parte integrante della governance neoliberale (Kamali & Jönsson, 2018). Di conseguenza, i problemi sociali vengono presentati come problemi individuali, che hanno a che fare con la cultura degli individui o con i loro problemi mentali (Eliassi, 2015; Jönsson, 2013; Östman, 2019). Questo è un modo per lo Stato neoliberale di eludere e preservare le strutture socioeconomiche e politiche che creano i problemi sociali.

La neoliberalizzazione della società svedese, che ha comportato l'indebolimento dello Stato sociale e del sistema di sostegno ai gruppi e agli individui vulnerabili, ha modificato anche il ruolo e la funzione di solidarietà degli assistenti sociali. Questo ha creato conflitti di ruolo e diversi dilemmi per molti assistenti sociali che si considerano ancora appartenenti a una professione che promuove il benessere di coloro che necessitano di un intervento sociale. Diversi studi dimostrano che la neoliberalizzazione del servizio sociale municipale, che ha portato al crescente potere e all'influenza di capi e amministratori all'interno dell'organizzazione, ha ridotto le possibilità per gli assistenti sociali di essere critici e capaci di mobilitazione collettiva nei loro luoghi di lavoro (Astvik, Melin & Allvin 2014; Jönsson 2019; Lauri 2019).

Per comprendere il ruolo della neoliberalizzazione nella professione di assistente sociale in Svezia, bisogna capire che i servizi sociali in Svezia sono inseriti nella governance politica generale della società. In altre parole, l'organizzazione del lavoro sociale è responsabilità del governo centrale e delle autorità municipali. Il servizio sociale si divide in servizio sociale strutturale e individuale. Il servizio sociale strutturale è di competenza del consiglio comunale per l'assistenza sociale (*Socialnämnden*), che ha la responsabilità della pianificazione sociale e della prevenzione dei problemi sociali. I membri del consiglio sono rappresentanti dei partiti politici e hanno la responsabilità principale della pianificazione sociale in ogni comune. Il servizio sociale individuale - che si divide in assistenza individuale, assistenza ai bambini e alle famiglie e assistenza agli anziani - è di competenza degli assistenti sociali comunali che lavorano in diversi uffici di servizio sociale. Ciò significa che gli uffici dei servizi sociali e gli assistenti sociali devono fornire servizi a individui e famiglie con problemi sociali, anziani e disabili. Tali servizi si basano principalmente sul principio della volontarietà.

Tuttavia, gli assistenti sociali comunali hanno l'autorità legale di adottare misure coercitive nei confronti di individui che mettono in pericolo se stessi, la propria salute e/o quella dei propri figli. Tali misure coercitive sono regolamentate in due quadri normativi: la "Legge sulla cura dei bambini e dei giovani" (*Lagen om vård av barn och unga, LVU*) e la "Legge sulla cura delle

dipendenze" (*Lagen om vård av missbrukare, LVM*). Tali leggi autorizzano gli assistenti sociali a collaborare con altre autorità e organizzazioni, come la polizia, la psichiatria e le scuole.

Sebbene una parte importante del bilancio comunale per l'assistenza agli individui e alle famiglie sia dedicata all'assistenza agli anziani, la neoliberalizzazione degli ultimi decenni del sistema di welfare svedese ha colpito e deteriorato anche l'assistenza agli anziani. L'esternalizzazione e la privatizzazione di molte parti dell'assistenza comunale agli anziani hanno conseguenze devastanti per gli anziani. Ciò è emerso durante la pandemia di Covid-19, quando molti anziani sono stati infettati dal virus Covid e sono morti a causa delle scarse misure di protezione adottate dalle società private di assistenza agli anziani. Anche il sistema di assistenza municipale, indebolito e neoliberalizzato, non ha mostrato risultati migliori in questo senso.

La covidopandemia e il crollo dello Stato sociale

La pandemia di Covid ha rivelato le conseguenze del crescente divario socioeconomico e dell'emarginazione in Svezia. Rapporti recenti mostrano che i gruppi poveri, emarginati e razziali sono sovrarappresentati tra le vittime della pandemia (Delmi, 2021). Sebbene l'élite politica svedese cerchi di presentare la "strategia svedese" (per affrontare la pandemia) come un'alternativa democratica che aiuterebbe la libertà e l'autodeterminazione degli individui, la realtà ha dimostrato il contrario. Il fatto è che la "strategia svedese" è una strategia orientata e adattata al mercato, che mira a sostenere il mercato e a incoraggiare le persone a vivere la loro vita "normale", cioè a lavorare e consumare come al solito, anche se questo mette in pericolo la loro salute e la loro vita. In altre parole, il meglio e la salute del mercato vengono prima del meglio e della salute delle persone (Axelsson, Callerstig, Sandström & Strid, 2021). Nonostante i numerosi consigli di esperti medici indipendenti che consideravano la "strategia svedese" un pericolo per la salute delle persone, il governo ha deciso di seguire le raccomandazioni dei propri esperti medici presso l'Autorità per la Salute Pubblica (*Folkhälsomyndigheten*) al fine di proteggere il mercato. La strategia svedese Covid ha causato la morte di 20.221 persone in Svezia fino al settembre 2022.

Nonostante il fallimento della "strategia svedese", l'epidemiologo governativo dell'Autorità per la salute pubblica, Anders Tegnell, ha attribuito la responsabilità della morte di molti gruppi emarginati e razziali nella pandemia di Covid-19 all'aumento dell'immigrazione e all'incapacità dei migranti di seguire le raccomandazioni dell'Autorità per la salute pubblica (cfr. Bergmann, 2020, tra gli altri). Molti esperti medici indipendenti hanno respinto tale affermazione dell'Autorità per la salute pubblica e del governo, accusando quest'ultimo di essere passivo e di non assumersi le proprie responsabilità per il benessere delle persone e di aver fuorviato l'opinione pubblica (SOU 2021:89 Volume 1 e 2).

Va detto tuttavia che non sono stati solo i gruppi poveri, emarginati e razziali a essere danneggiati dalla "strategia svedese" e dalla pandemia di Covid, ma anche gli anziani in generale. Come discusso in precedenza, le riforme neoliberali dello stato sociale e la privatizzazione dell'assistenza agli anziani sono state le ragioni principali della morte di molti anziani. Gli attori privati dell'assistenza agli anziani orientata al mercato sono stati incapaci di anteporre le vite umane e la salute ai profitti. Le ragioni socioeconomiche alla base della sovrarappresentazione di poveri, anziani e gruppi emarginati tra le vittime della pandemia sono il risultato diretto della neoliberalizzazione dello Stato sociale svedese. I servizi sociali, il sistema educativo, l'assistenza sanitaria, l'assistenza agli anziani, l'assistenza all'infanzia e molte altre parti dello Stato sociale svedese sono state privatizzate e trasformate a favore degli attori di mercato che hanno colonizzato uno degli Stati sociali più sviluppati al mondo (Andersson & Kvist, 2015; Lapidus, 2015).

La neoliberalizzazione guidata dai governi costringe gli assistenti sociali ad abbandonare i loro valori e la loro etica lavorativa, come la promozione della giustizia sociale e dei diritti umani, che include anche prospettive strutturali e istituzionali (Jönsson, 2019). La paura di essere puniti se si protesta contro la neoliberalizzazione del servizio sociale è stata probabilmente la ragione principale del silenzio degli assistenti sociali e dei sindacati del servizio sociale (cfr. Kamali, 2021). Inoltre, come accennato in precedenza, i crescenti divari socioeconomici e l'emarginazione di molti gruppi in generale e di individui e famiglie con background di immigrati in particolare hanno portato a un crescente sostegno elettorale per i partiti populistici, nazionalisti e razzisti, che collaborano con i partiti neoliberali consolidati (Kamali, 2008). Questo ha portato a un'insolita "cultura del silenzio" nel dibattito pubblico, dove i divari socioeconomici e la povertà sono spesso considerati quasi "naturalisti" e frutto di scelte individuali (Kamali, 2021).

Il neoliberalismo ha aumentato i divari socioeconomici e ha generato un nazionalismo del welfare che non solo ha portato a un crescente sostegno per i partiti e i gruppi populistici, nazionalisti e razzisti, ma ha anche influenzato l'istruzione, la ricerca e le pratiche del servizio sociale. La riduzione dei finanziamenti al sistema assistenziale ha rafforzato il nazionalismo assistenziale attraverso il quale la migrazione e gli individui con un passato da immigrati sono presentati come un peso per lo Stato sociale (Kamali, 2015; Kamali & Jönsson, 2018). Il successo elettorale dei partiti razzisti e il consenso neoliberale tra i partiti mainstream hanno limitato le pratiche di servizio sociale ad attività individualizzate, isolate, formalizzate e apolitiche, senza alcuna preoccupazione per i meccanismi strutturali e istituzionali alla base dell'emarginazione, della disuguaglianza e dell'oppressione (Jönsson & Kojan, 2017).

Come già detto, non è raro che il governo inquadri e presenti i problemi sociali dei gruppi emarginati come importati dall'estero o come risultato di scelte individuali. I partiti politici tradizionali non danno spazio a un dibattito sul ruolo dei meccanismi strutturali per la presenza di problemi sociali. Persino le tradizionali discussioni socialdemocratiche sul ruolo dei meccanismi strutturali dei problemi sociali sono state escluse dall'attuale dibattito e dalle normative in materia di politica sociale. In questo modo gli assistenti sociali sono diventati gli attuatori delle raccomandazioni e delle politiche governative. Questo cambiamento nel ruolo degli assistenti sociali è una delle minacce più importanti per la professione di assistente sociale, che può minare il ruolo di solidarietà degli assistenti sociali e le loro azioni per la promozione dell'uguaglianza, della dignità e dei diritti umani di tutti gli esseri umani. Sulla base della trasformazione neoliberale dello stato sociale e della politica sociale svedese, sarà di grande importanza per il servizio sociale studiare come la pandemia abbia influenzato il servizio sociale con le persone bisognose di sostegno e aiuto.

Metodo

Lo studio è stato condotto in una città svedese di medie dimensioni con una popolazione di 166.000 abitanti e si basa su interviste a operatori sociali che lavorano in diverse aree del servizio sociale regolate dalla legge sui servizi sociali (SoL). Il nostro approccio è stato quello di esaminare le pratiche di servizio sociale con le persone in un'area emarginata dove gli abitanti sono stati fortemente colpiti dalla pandemia di Covid-19 e dalle sue conseguenze. La scelta del comune si basa sulla sua rappresentatività per molte città svedesi di medie dimensioni con popolazioni differenziate.

La raccolta dei dati è iniziata all'inizio del 2021 contattando gli assistenti sociali che lavorano in diverse sezioni dei servizi sociali comunali. Le interviste sono state condotte tra gennaio e marzo dello stesso anno. Nove assistenti sociali hanno partecipato allo studio. A causa delle restrizioni dovute alla pandemia, le interviste sono state condotte digitalmente da un assistente di ricerca, sono state registrate e sono durate tra i 35 e i 60 minuti. Tutte le interviste sono state trascritte testualmente. La tabella seguente mostra in quale area del servizio sociale comunale lavorano gli intervistati e come sono stati codificati i tipi di attività nella presentazione dei risultati:

Tabella 1. Aree di attività e codifica degli intervistati

Titolo professionale	Sezione comunale	Codice (AS = assistente sociale)
Assistente sociale	Sezione individuale e familiare	AS1
Cancelliere sociale	Assistenza ai senzatetto e all'alloggio	AS2
Presidente del Gruppo	Assistenza ai senzatetto e all'alloggio	AS3
Operatore socio-assistenziale	Assistenza agli anziani	AS4
Assistente sociale	Assistenza sociale per adulti	AS5
Assistente sociale	Assegno sociale per i giovani	AS6
Responsabile dell'unità	Assistenza residenziale per anziani	AS7
Responsabile dell'unità	Assistenza residenziale per disabili	AS8
Operatore socio-assistenziale	L'assistenza ai disabili	AS9

Le domande delle interviste sono state formulate nell'ambito del coinvolgimento congiunto di diversi ricercatori nell'IASSW, in un progetto internazionale che si concentra sul modo in cui gli assistenti sociali sono stati colpiti dalla pandemia Covid-19 e l'hanno gestita. Le domande hanno riguardato la presa di coscienza iniziale degli operatori sociali della pandemia, la comprensione della sua portata e il rischio della pandemia per i gruppi emarginati. Le domande hanno riguardato anche le misure adottate (o non adottate) dalle autorità per proteggere le persone bisognose di sostegno e aiuto, le esperienze e le lezioni apprese dalla pandemia e se e come gli operatori sociali hanno imparato dalle loro esperienze di lavoro con la pandemia.

Abbiamo analizzato congiuntamente il materiale delle interviste basandoci su un approccio sia verticale (ordine delle domande) sia orizzontale, in cui abbiamo distinto in particolare i diversi aspetti di ciò che è comune, deviante, nuovo e legato a un quadro concettuale ragionevole per comprendere le risposte e le descrizioni della pandemia da parte degli operatori sociali. È importante ricordare che i contesti organizzativi e il contesto sono diversi per i partecipanti a questo studio, a seconda che lavorino nell'assistenza agli anziani, nel servizio sociale con le famiglie, nell'assistenza all'infanzia o nel servizio sociale con i giovani. Il contesto organizzativo e il gruppo bersaglio influenzano il tipo di aiuto e di supporto fornito e le modalità di intervento. Per questo motivo è in qualche modo problematico confrontare il servizio sociale in diverse sezioni comunali. Prima della realizzazione dello studio (nel dicembre 2020), le questioni etiche sono state discusse congiuntamente e collegialmente presso il Dipartimento di Servizio Sociale dell'Università di Örebro (dove lavorano entrambi le autrici). Il Research Collegium dell'Università di Örebro, in Svezia, ha esaminato il progetto di ricerca e ha ritenuto che lo studio non violasse i principi etici relativi alla protezione delle persone vulnerabili, poiché gli intervistati sono professionisti e le questioni non possono essere considerate di natura sensibile.

Presa di coscienza della gravità della pandemia

Gli assistenti sociali intervistati descrivono che la presa di coscienza e la conoscenza della diffusione del covid-19 è iniziata nel febbraio 2020, relativamente molto tempo dopo lo scoppio della pandemia. All'inizio, gli intervistati avevano solo un'immagine vaga della malattia e della sua diffusione tra le persone. Si pensava che la pandemia fosse qualcosa che era accaduto "da qualche altra parte". Le informazioni che gli assistenti sociali hanno ricevuto provenivano principalmente dai notiziari televisivi, dai giornali e dai social media. Alcuni intervistati affermano che la comprensione del Covid-19 si basava principalmente sui messaggi provenienti dall'Agenzia svedese per la salute pubblica (Folkhälsomyndigheten), il che significava che il rischio di diffusione del virus nella società svedese era basso. Inoltre, quando si è saputo che un nuovo virus (Covid-19) si stava diffondendo in alcuni Paesi asiatici, il Ministro degli Affari Sociali e anche l'Agenzia per la Salute Pubblica hanno affermato che la preparazione della Svezia era buona. Come descrive AS4:

A febbraio, per quanto ne so, attraverso la televisione, è stato detto che si trovava a Wuhan e un medico esperto di infezioni ha affermato che non arriverà da noi nel Nord. Non è necessario che l'Europa si preoccupi di questo.

Il ruolo del governo svedese e dell'Agenzia per la salute pubblica nella diffusione della pandemia in Svezia deve essere visto in relazione al grado di fiducia del pubblico nelle autorità. Nonostante la distruzione dello stato sociale svedese, la fiducia nelle autorità è alta (Prado, 2018) e inizialmente è aumentata tra il 24 febbraio e il 10 marzo 2020 (Esaïasson, Sohlberg, Ghersetti & Johansson 2021). La presa di coscienza della reale gravità della Covid-19 e del fatto che la diffusione del virus fosse effettivamente consistente è aumentata nei mesi di marzo e aprile. A quel tempo, la capacità di analisi non era molto sviluppata in Svezia. Venivano testati solo i malati più gravi che potevano essere ricoverati in ospedale o le persone che lavoravano in organizzazioni con importanti funzioni di sicurezza, socioeconomiche o politiche. A metà marzo, l'Agenzia per la salute pubblica svedese ha deciso di non rintracciare più le infezioni perché ha ritenuto che la diffusione generale fosse così grande e che non ci fosse la capacità di utilizzare le scarse risorse per rintracciare l'infezione. Si può dire che le autorità svedesi abbiano seguito e raccomandato i principi del *laissez-fair*, in contrasto con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della

Sanità (OMS) che sottolineavano l'importanza di testare e rintracciare l'infezione (Svensson & Rodriguez, 2021). Questo è un aspetto che la Commissione Corona (SOU 2021: 89 Volumi 1 e 2) ha identificato come una violazione della Legge svedese sulle Malattie Contaminanti, che stabilisce che in caso di malattie socialmente pericolose devono essere eseguiti test e tracciati dell'infezione. Le raccomandazioni hanno invece seguito il principio della volontarietà, ovvero la responsabilità di effettuare i test e di contrastare la malattia è stata affidata ai cittadini e ai singoli individui.

Gli assistenti sociali che hanno partecipato a questo studio affermano, tuttavia, di aver preso coscienza della gravità e dei pericoli della malattia e che a marzo la situazione era tesa nei loro luoghi di lavoro. Molti erano in congedo per malattia e soprattutto i colleghi più anziani erano assenti dal lavoro per un periodo più lungo. Come dice AS3:

Ma a marzo ci siamo accorti personalmente della gravità della malattia; abbiamo avuto un periodo, sì tutto il gruppo, infatti, da un giorno all'altro si è ammalato... Credo di essere stato malato e a casa per nove giorni con il mal di gola e così via. Ma i colleghi più anziani sono rimasti a casa per molto tempo, da 6 a 8 settimane e allora ho capito che, sì, questa è una cosa che ci riguarda.

AS2 aggiunge che:

Credo che sia stato verso la metà o la fine di marzo quando abbiamo iniziato a capire che quando si sentiva che qualcuno era andato a casa, altri due lo facevano, e poi io mi ammalavo, e poi il successivo e il successivo ancora. È stato allora che ci siamo detti "ma Dio che cos'è questo" e poi abbiamo iniziato ad ascoltare i telegiornali quando eravamo a casa; è stato allora che ci abbiamo preso coscienza della gravità della cosa, che non era solo a Wuhan tutto questo, ma che era anche qui.

Altri assistenti sociali hanno preso coscienza della gravità della pandemia di Covid-19 ascoltando le notizie sulla morte di persone a causa della pandemia e sull'aumento delle cifre dei decessi. In particolare, alcuni intervistati citano le notizie provenienti dall'Italia, che è stata colpita duramente dalla pandemia e il numero di morti è aumentato drammaticamente in quel periodo. Anche le conferenze stampa quotidiane che si sono tenute il 4 marzo, con la partecipazione dell'Agenzia per la salute pubblica e di altre autorità nazionali e del ministro degli Affari sociali, hanno sottolineato la gravità della situazione. E quando l'11 marzo il governo ha deciso di eliminare il giorno di qualifica (karensdag) per avere diritto all'indennità di malattia, allo scopo di ridurre la diffusione della malattia, ha dimostrato quanto fosse critica la situazione, secondo un'intervistata. Lei (AS5) dice che: 'In una di quelle conferenze stampa quotidiane hanno detto che il giorno di qualifica era stato rimosso, ed è stato allora che ho preso coscienza che [la malattia] era grave'. Una decisione così positiva, ossia l'eliminazione del giorno di qualifica per i dipendenti, va tuttavia vista alla luce della sua temporaneità, ossia del fatto che sarà ripristinato quando la pandemia sarà finita. L'istituzione del "giorno di qualifica" è stata una riforma neoliberale che ha peggiorato la situazione economica dei lavoratori quando si ammalano. Tra il 1987 e il 1992 non esisteva un giorno di malattia (Edebalk, 2007), ma è ritornato grazie alle riforme neoliberali dei sistemi di welfare e di assicurazione sociale.

Gli operatori sociali ritengono che, nonostante queste riforme, debbano continuare a lavorare con individui e gruppi emarginati e vulnerabili. Il presidente di un gruppo (AS3) di una casa protetta la mette in questi termini:

Ma allo stesso tempo, dobbiamo continuare il nostro lavoro con coloro di cui abbiamo la responsabilità, il lavoro con questi individui vulnerabili deve continuare a prescindere dalla pandemia o meno. Hanno una dipendenza attiva e una malattia psichica e quindi, se non lavoriamo con loro, possono di fatto morire per questo motivo.

Quando gli assistenti sociali intervistati hanno preso coscienza che la diffusione della pandemia era una realtà, si sono chiesti come gestire la situazione e inserirla nel loro lavoro quotidiano. Questo aspetto sarà discusso nella prossima parte del documento.

Affrontare la situazione

Un aspetto che viene citato da tutti gli intervistati riguarda le raccomandazioni dirette a modificare le *routine* di azione individuale, come lavarsi le mani, usare liquidi disinfettanti, mantenere le distanze sul posto di lavoro e nei momenti di pranzo e di riposo e lavorare da casa, soprattutto in presenza di sintomi legati alla malattia. Aggiungono che sono state introdotte nuove *routine*, come le riunioni digitali, attraverso Skype e Teams. Spiegano come hanno organizzato gli incontri con i loro utenti che necessitano di supporto e aiuto. Un assistente sociale (AS1) dice:

Nella nostra sala riunioni c'erano anche note osservabili su Corona, su come proteggersi e su ciò a cui bisognava prestare attenzione, e nelle nostre lettere agli utenti abbiamo scritto che dovevano chiamarci in caso di sintomi legati al virus. Abbiamo iniziato ad avere più incontri telefonici. Era chiaro che bisognava rimanere a casa se si aveva qualche sintomo della malattia. In seguito, con il passare del tempo, abbiamo ottenuto più dispositivi di protezione necessari. Lavoriamo occasionalmente a casa seguendo un programma, facevamo più telefonate.

La stessa intervistata afferma di lavorare secondo il principio di mantenere una distanza fisica, perché il primo e l'ultimo incontro con le famiglie e i bambini bisognosi di sostegno devono avvenire fisicamente. Tuttavia, tutte le comunicazioni con i bambini avvengono sotto forma di incontri fisici e soprattutto i contatti con i genitori avvengono per telefono.

Tuttavia, non è possibile né opportuno lavorare per telefono quando si lavora con persone emarginate e vulnerabili. All'inizio della pandemia, le persone anziane, di età superiore ai 70 anni, sono state indicate come le più vulnerabili all'esposizione al virus, perché rischiavano di ammalarsi gravemente con esito fatale. L'assistenza agli anziani - sia quando viene fornita a domicilio che nelle case di riposo - avviene a stretto contatto fisico con gli anziani. Nella primavera del 2020, in Svezia c'è stata una grande carenza di materiale protettivo. Non esistevano magazzini centrali di materiale protettivo né nei centri sanitari, né nelle contee o nei comuni, a causa del fatto che la Svezia è oggi organizzata sulla base del principio organizzativo neoliberale del "*just-in-time*" (Granberg, Rönnblom, Paden, Tangnäs & Öjehag, 2021). In altre parole, è convinzione neoliberale che le strutture e il materiale necessario non debbano rimanere nei magazzini più a lungo che per esigenze di breve termine.

Di conseguenza, il Covid-19 è entrato e si è diffuso nelle case di riposo e nella primavera del 2020, la metà degli anziani morti a causa dell'infezione viveva in case di riposo e un quarto delle vittime aveva un servizio di assistenza domiciliare comunale (National Board of Health and Welfare, 2020). Un'assistente sociale che lavora alla valutazione dei bisogni degli anziani e che si occupa delle richieste di interventi assistenziali e del *follow-up* dei casi, afferma di aver smesso di fare visite a domicilio agli anziani e che tutti i contatti avvengono per telefono. Secondo l'assistente sociale, effettuare telefonate invece di incontri fisici non è sempre una soluzione priva di problemi,

poiché alcuni anziani possono avere problemi di udito e di memoria. Inoltre, gli incontri telefonici disturbano l'interazione tra l'anziano e l'assistente sociale e può essere difficile stabilire se l'anziano ha capito o meno ciò che gli è stato detto. Ma anche gli anziani che usufruiscono di servizi di assistenza domiciliare hanno cambiato il loro comportamento e, per paura di essere contagiati, hanno rifiutato le visite a domicilio del personale di assistenza. Come dice l'assistente sociale AS4:

La pandemia ha davvero influenzato gli utenti; in parte perché non osano chiedere aiuto, molti hanno rifiutato qualsiasi aiuto da parte nostra, non volevano essere aiutati, non volevano far entrare nessuno in casa loro. Avevano semplicemente paura di essere contagiati dal virus e cercavano in qualche modo di gestire la loro vita, di andare avanti o di risolvere i loro problemi in un altro modo o di non risolverli affatto, cercando solo di resistere.

La direttrice di una casa di riposo per anziani racconta come, con il supporto del gruppo di gestione e del capo dell'amministrazione, sia riuscita a gestire la mancanza di dispositivi di protezione. Nonostante i costi più elevati, sono riusciti a ottenere i dispositivi di protezione necessari per il personale e a impedire ai parenti di visitare gli anziani nella casa di riposo. AS7 dice:

Abbiamo attuato il coprifuoco qualche settimana prima della decisione del governo. L'abbiamo deciso e attuato. Era circa il 12 marzo, due settimane prima che il governo decretasse la decisione, e abbiamo informato i parenti. Loro [i parenti] erano soddisfatti e ritenevano positivo il fatto che fossimo seri in questa materia. In seguito, abbiamo implementato le soluzioni video e il vetro plex, e la situazione è migliorata sempre di più. E poi, quando abbiamo rimosso le restrizioni, abbiamo cercato di rendere sicure le visite implementando l'allontanamento sociale e fornendo ai parenti dispositivi di protezione.

La casa di cura per anziani citata era tra le poche in grado di gestire la situazione e proteggere gli anziani. Durante la primavera del 2020, hanno avuto solo due casi di infezione da Corona che non presentavano sintomi. Il responsabile dell'unità descrive anche che nella primavera del 2020 le informazioni e le raccomandazioni del governo, delle organizzazioni centrali responsabili e della contea sono cambiate continuamente. Questo ha portato all'insicurezza e alla confusione del personale della casa di cura. Per questo motivo, il direttore dell'unità ha deciso di fornire informazioni ai dipendenti in modo che potessero lavorare indisturbati.

Ci sono ambiti in cui non è possibile lavorare a distanza con individui emarginati e vulnerabili che hanno bisogno di aiuto e supporto, come le case protette per i senzatetto e le donne vittime di violenza. Come spiega un'assistente sociale che presiede il gruppo di una casa protetta, non è possibile lavorare a distanza con persone con forti dipendenze e senza fissa dimora che hanno bisogno di un contatto e di un sostegno urgenti. Devono essere presenti sul posto e fornire un alloggio a queste persone vulnerabili. Sono riusciti a fornire un appartamento speciale ai senzatetto con sintomi da Corona, in modo che avessero un posto dove vivere. Il presidente del gruppo AS3 spiega:

Avevamo tre appartamenti a nostra disposizione e molto presto abbiamo deciso di trasformarne uno in appartamento corona, come lo abbiamo chiamato. Questo perché se una donna avesse bussato alla porta dicendo di essere affetta da corona e avesse chiesto aiuto e sostegno, saremmo stati in grado di offrirle un posto dove vivere. Le avremo dato un posto in quell'appartamento.

Gli individui con problemi di dipendenza sono stati fortemente influenzati dalla pandemia di Corona e dal relativo isolamento. Un curatore che lavora in una casa protetta (AS2) dice:

Molti di loro si sono ammalati e hanno avuto più ansia, hanno bevuto di più e hanno usato più droghe perché sono diventati più soli. È anche il fatto che se le persone avevano il sintomo, dovevano isolarsi nei loro appartamenti, ma non è possibile per questi individui, devono uscire e trovare le droghe altrimenti possono essere danneggiati da un'astinenza molto difficile e morire.

La pandemia ha avuto conseguenze ancora più gravi per i bambini e le famiglie che necessitavano di interventi e sostegno da parte del servizio sociale. Sono stati isolati in casa, i luoghi che organizzavano attività sociali per i bambini sono stati chiusi e anche le scuole sono state chiuse, e l'istruzione è stata impartita a distanza. Come sostiene un'assistente sociale che lavora presso la sezione famiglia e minori dei servizi sociali comunali (AS1):

Molte di quelle che incontriamo sono famiglie molto isolate, che in una situazione del genere diventano ancora più isolate, hanno contatti limitati, uno forse rimane a casa in misura maggiore. Inoltre, molti di loro vivono in appartamenti sovraffollati, il che significa che stanno per la maggior parte del tempo a casa e questo porta a ulteriori problemi psicologici e a sistemi familiari disfunzionali che diventano ancora più disfunzionali. E penso che molte delle attività gratuite e del tempo libero siano state chiuse, ci sono meno posti per i bambini. Ho parlato con molti giovani che vivono l'istruzione a distanza come molto problematica, perché devono stare a casa con molti bambini, diventano disturbati e non possono ricevere l'aiuto adeguato che potrebbero ricevere da un insegnante.

Un'altra assistente sociale, che lavora principalmente con giovani affetti da malattie mentali, descrive che ha iniziato a prenotare stanze grandi in modo da poter mantenere la distanza fisica durante gli incontri. Lei (AS6) intende dire che: *'Il lavoro con giovani che già prima della pandemia di Corona erano isolati e quindi dovevamo agire in modo da rompere il loro isolamento sociale'*. Secondo la suddetta assistente sociale, un modo per farlo è stato quello di trovare dei luoghi nuovi per gli incontri, cioè incontrare i giovani all'aperto e fare una passeggiata. Lei (AS6) dice:

Vi ha scelto un luogo che potesse essere vicino alla casa dell'utente, per fare una passeggiata e avere una distanza adeguata e parlare. Forse andare da qualche parte e sedersi su una panchina o, sì, mi sono resa conto che è stato molto apprezzato perché, credo, ha a che fare con le relazioni di potere, che altrimenti [gli utenti] sperimentano nell'ambiente dell'autorità qui nell'ufficio dei servizi sociali. Scompare come quando due persone si incontrano e parlano ed è diventato molto più rilassato, credo; e gli utenti hanno anche detto che è stato molto bello, possiamo incontrarci sempre in questo modo.

La citazione precedente affronta la presa di coscienza della relazione di potere asimmetrica tra l'assistente sociale e le persone bisognose di sostegno - in questo caso i giovani - e il ruolo della stanza e del luogo per l'esercizio della relazione di potere ineguale (Foucault, 2018) e anche i luoghi alternativi in cui le relazioni di potere diventano più eque.

Quando si tratta di persone con disabilità, che godono di un sostegno in base alla Legge sul sostegno e il servizio per alcune persone con disabilità (LSS) e alla Legge sui servizi sociali (SoL) e che sono spesso soggette a infezioni, le organizzazioni che lavorano con queste persone devono

riorganizzare le loro attività. Diverse persone che vivono in case di riposo si sono preoccupate per le notizie diffuse dai media sulla diffusione delle infezioni; così, descrive la presidente di un gruppo (AS8) di una di queste case, come ha deciso di proteggerle da queste notizie dannose:

Sono stati molto influenzati da questo [i telegiornali]. All'inizio si parlava molto di pandemia e di Corona nei notiziari televisivi. Il personale doveva ovviamente ascoltare queste notizie, ma la cosa andava troppo per le lunghe, gli utenti si sentivano stufi, così abbiamo deciso di creare una nuova routine, di spegnere i notiziari televisivi. Se il personale voleva ascoltare [le notizie] poteva farlo a casa.

Nell'organizzazione in cui si è svolta la valutazione del sostegno ai disabili, è stata chiusa la sala d'attesa e le possibilità di incontri fisici sono diventate molto limitate e sono stati consentiti solo incontri telefonici. Quando il personale ha ritenuto che l'incontro telefonico non fosse adatto, ha prenotato grandi sale in modo da rispettare la distanza sociale. Hanno anche cambiato le *routine* per l'acquisto di cibo e altri beni necessari per gli utenti - che spesso veniva fatto insieme agli utenti. Questo viene descritto da un'assistente sociale (AS9):

Ma non potevamo andare nei negozi... ma ci riunivamo, diciamo che c'era un numero x di persone che vivevano in una casa di riposo, allora prendevamo un numero x di portafogli, un numero x di banconote e due persone prendevano la macchina e facevano la spesa per loro. Poi abbiamo guidato fino al negozio che sapevamo essere aperto fino alle dodici; siamo andati in quel negozio e abbiamo fatto la spesa alle dieci, dodici di sera, perché a quell'ora non c'erano persone. In parte per non diffondere l'infezione, ma anche per proteggerci. Abbiamo cambiato la routine con cui gli utenti partecipavano allo shopping e abbiamo creato una nostra routine.

In sintesi, si può affermare che gli assistenti sociali intervistati hanno avuto modi diversi di affrontare e gestire la pandemia di Covid-19 al fine di ridurre le conseguenze distruttive. Questa è talvolta definita una sorta di innovazione basata sulla pratica (Ellström, 2010). Tali innovazioni hanno avuto aspetti diversi, come le *routine* per proteggersi dal virus, il modo di interagire con il personale e i colleghi e, infine, il modo in cui dovevano essere organizzati gli incontri con gli utenti bisognosi di sostegno. Tuttavia, gli intervistati affermano che tali misure variavano a seconda delle organizzazioni, delle attività di servizio sociale, del tipo di utenti con cui gli assistenti sociali lavoravano e della loro posizione all'interno delle varie organizzazioni.

Condizioni e possibilità di un rapido adeguamento

Il materiale empirico dimostra che il servizio sociale poteva essere praticato e adattato alla nuova situazione creata dalla pandemia. Dimostra anche che gli assistenti sociali dovevano usare la loro capacità creativa per esercitare il loro lavoro nel modo più soddisfacente possibile per tutti, cioè sia per i colleghi che per coloro che avevano bisogno di interventi di assistenza sociale. La maggior parte degli intervistati afferma di aver avuto il sostegno della dirigenza dell'organizzazione e che quest'ultima ha risposto alle loro richieste. L'assistente sociale AS9 dice:

Ho pensato che la direzione fosse molto orientata alle soluzioni, ci ha dato la possibilità di lavorare a casa a giorni alterni secondo un programma e ha sostenuto altre misure che avevamo deciso. Abbiamo sentito che potevamo essere orgogliosi della nostra sezione e che loro [la direzione] hanno reagito molto velocemente.

L'ascolto degli assistenti sociali che hanno lavorato direttamente con gli utenti è considerato dagli assistenti sociali un motivo molto importante che li ha aiutati a ridurre la diffusione del virus nei luoghi di lavoro. L'assistente sociale (AS1) sostiene che:

Il nostro capo ci ha ascoltato e ha presentato i nostri suggerimenti alla leadership [dell'organizzazione] e abbiamo potuto discutere diverse soluzioni... abbiamo avuto molte idee su cosa fare per ridurre la diffusione del virus, cosa che credo abbia contribuito a migliorare molto la situazione.

Inoltre, la pandemia ha contribuito a trovare diverse soluzioni a una situazione lavorativa complessa. Ad esempio, le soluzioni digitali hanno iniziato a essere utilizzate e sviluppate. Come afferma l'assistente sociale AS7: "Abbiamo ovviamente migliorato le nostre conoscenze digitali, il che ci ha aiutato a diventare più efficienti in termini di tempo". Un altro assistente sociale (AS1) sostiene che:

Si sente che molti cambiamenti sono stati positivi, per esempio abbiamo sviluppato una digitalizzazione che altrimenti avrebbe richiesto diversi anni per essere implementata, ed è avvenuta in un anno; sì, come anche il lavoro a domicilio, che è stato sul tavolo diverse volte in passato, ma è stato molto problematizzato.

A questo proposito, i suddetti assistenti sociali ritengono che gli incontri telefonici o digitali possano essere utili nel loro lavoro con le famiglie, poiché molte di esse sono sottoposte a indagini, il che di per sé può comportare un enorme stress. Se i genitori, ad esempio, possono evitare di assentarsi dal lavoro per un incontro, questo potrebbe aiutare sia loro che gli assistenti sociali. Tuttavia, il quadro non è così chiaro quando si tratta di incontri digitali o telefonici. Come dice l'assistente sociale AS3:

Capisco che alcuni dicano che [le riunioni digitali] hanno reso il nostro lavoro più efficace dal punto di vista del tempo, sì, può essere successo, ma vedo anche che abbiamo perso efficacia dal punto di vista del tempo quando non abbiamo riunioni fisiche, a causa di molte cose che accadono prima di una riunione, dopo una riunione e che rendono necessaria un'altra riunione.

Alcuni intervistati, che occupano posizioni di rilievo nell'organizzazione, affermano che la pandemia ha mostrato chiaramente il ruolo di una *leadership* efficace e di supporto per creare le condizioni necessarie affinché gli assistenti sociali possano esercitare il loro lavoro e aiutare le persone bisognose di aiuto e di sostegno. Il responsabile dell'unità AS7 ne è un esempio:

Nella nostra organizzazione, sono stati quasi 150 i dipendenti coinvolti in questo Covid-year, i terapisti del lavoro, gli infermieri e così via. Questo rende più necessario il controllo degli orari di lavoro, cosa che credo di aver dimenticato in precedenza nel mio ruolo di leader. Ma qui questa [supervisione] è stata decisiva... per esempio, se faccio un programma di lavoro, ne controllo anche l'attuazione. E ho avuto tutti i tipi di categorie lavorative... che hanno pensato di essere stressate e hanno reagito in modo molto diverso. Bisogna lavorare con collegialità e con la salute del personale, in modo che possa fornire un'assistenza sicura.

La gestione unitaria AS8 aggiunge:

È ovvio che dobbiamo seguire le routine che abbiamo oggi, ma dobbiamo anche rinunciare a molte cose e trovare nuove strade. Essere un po' preparati alle cose [nuove] e poi l'importanza di vedersi e prendersi cura l'uno dell'altro.

Un aspetto specificamente menzionato da questi direttori di unità è l'importanza di ordinare tra le informazioni esterne e spesso contrastanti che arrivano su nuove *routine*, approcci e raccomandazioni su come gestire la pandemia, per dare priorità e fornire informazioni (che vengono vagliate) ai dipendenti alla fine della giornata.

Lezioni per le crisi future

Gli intervistati di questo studio hanno parlato di come hanno affrontato la pandemia. Le loro esperienze di gestione della pandemia possono essere utilizzate per affrontare le crisi future che sicuramente arriveranno. Tra queste esperienze c'è la presa di coscienza della necessità di lavorare in modo flessibile e del fatto che, nonostante la burocrazia sia molto rigida, ci sono buone possibilità di gestire le condizioni di lavoro in rapido cambiamento in una situazione grave. Ecco come un assistente sociale (AS6) spiega questa importante intuizione ed esperienza:

È stato importante essere flessibili e aperti a sperimentare nuovi approcci e metodi sul lavoro. In precedenza, potevo pensare che fosse un po' difficile con i cambiamenti nelle nostre pratiche e nell'organizzazione [...] ma dopo aver lavorato in un periodo in cui molte cose sono incerte, il mio atteggiamento è probabilmente cambiato. Sento che ora stanno cambiando molte cose che non hanno a che fare con i cambiamenti legati a Corona. E penso che ci siano anche condizioni migliori se in futuro dovesse accadere qualcosa di simile [alla pandemia di Covid], ad esempio so un po' come posso comportarmi e anche cosa ci si aspetta da me in una crisi come questa. Penso che se dovesse accadere di nuovo, sia io che l'organizzazione in generale reagiremmo più velocemente e faremmo il nostro lavoro in modo più efficiente.

Un altro intervistato (AS5) la mette in questi termini:

Noi che lavoriamo nei servizi sociali ci siamo abituati. Siamo controllati politicamente e quindi siamo molto abituati a gestire i cambiamenti rapidi. E allo stesso tempo, questa [la pandemia] è arrivata in un momento in cui abbiamo introdotto un nuovo modo di lavorare nella nostra organizzazione. Quindi, è arrivata in un momento in cui c'erano molte cose che accadevano qui allo stesso tempo e non era permesso incontrare gli utenti. Ma, come ho detto, la mia esperienza è che siamo incredibilmente bravi ad adattarci. Ma per affrontare situazioni simili in futuro, sì, il fatto è che sappiamo cosa può accadere e che dobbiamo agire rapidamente e lavorare in modo diverso.

Sembra che gli assistenti sociali ritengano che la pandemia li abbia resi più forti nell'affrontare crisi e cambiamenti rapidi. Ecco alcune illustrazioni di ciò che gli assistenti sociali intervistati in questo studio affermano a proposito:

La pandemia ci ha reso più coscienti del fatto che abbiamo bisogno gli uni degli altri e che abbiamo bisogno di intimità, o di cosa dire, di vedere e di poterci parlare. E questo è probabilmente ciò che si nota, ad esempio, nel dialogo con le persone con cui lavoriamo, perché anche loro sono incredibilmente soli e quindi si ha una sorta di umiltà per i bisogni che abbiamo davvero (AS4).

Essere in grado di gestire l'incertezza in qualche modo ed essere in grado di affrontare e soddisfare i nostri cittadini anche se non sempre si sa esattamente quale dovrebbe essere il passo successivo a causa dell'incertezza su come lavorare nella pandemia. (AS9)

Molti hanno un isolamento sociale, la piccola bolla in cui ci si trova, il valore della famiglia, le relazioni sono state curate in modo diverso rispetto a quando si va in 180 [molto velocemente]. Ci ha reso più vicini per lavorare insieme e aiutare [...]. Quindi, per quanto riguarda la collaborazione e il superamento dei confini, ho approfondito anche questo aspetto. (AS7)

Ciò che ti aiuta come assistente sociale è che ti accorgi che tutti aiutano, indipendentemente da cosa. Se abbiamo contatti con l'assistenza sanitaria o con coloro che consegnano il cibo, qualunque cosa sia, penso che si abbia una comprensione reciproca e che si riesca a lavorare insieme, e penso anche che si cresca. (AS2)

Il fatto che i piani possano essere cambiati rapidamente, ad esempio sulla base di nuove linee guida, e cancellati a causa di un sintomo, credo sia stata una grande sfida per me, perché altrimenti ho aspettative troppo alte e pianifico con troppo anticipo. Si tratta quindi di un aspetto su cui sento di aver ricevuto una formazione specifica. Quindi, in queste preoccupazioni, penso di essere cresciuta come persona e come assistente sociale. (AS6)

Sono cresciuta molto nella mia leadership, credo, nella fiducia di poter gestire una crisi che nessuno poteva immaginare che sarebbe accaduta in questo modo. Sono incredibilmente felice e grata che sia andata così bene. Direi che sono cresciuta nella fiducia in me stessa e nella mia leadership. (AS8)

Le citazioni sopra riportate indicano, come già accennato, che coloro che hanno lavorato con persone emarginate e vulnerabili durante la pandemia hanno trovato modi diversi di portare avanti il proprio lavoro attraverso la cooperazione e la collaborazione al di là dei confini organizzativi, lavorando in condizioni di grande incertezza e comprendendo il ruolo della pandemia nell'isolamento dei gruppi vulnerabili. Alcuni intervistati esprimono in particolare l'intuizione e l'importanza dell'interazione diretta e della cooperazione con altre persone come qualcosa che li ha sviluppati e rafforzati.

Sintesi e discussione

Questo studio, che si basa sulle esperienze degli assistenti sociali in merito alla pandemia, ha cercato di esaminare come gli interventi degli assistenti sociali nei confronti di coloro che necessitano di aiuto e supporto da parte dei servizi sociali siano stati influenzati dalla pandemia Covid-19. In questa parte verranno discussi i risultati dello studio.

Lo studio mostra che gli assistenti sociali, i presidenti di gruppo e i direttori di unità hanno sviluppato alcune azioni comuni in relazione alla pandemia. Quando sono iniziate le conferenze stampa quotidiane dell'Autorità per la Salute Pubblica sulla pandemia e la mortalità è aumentata, è aumentata anche la presa di coscienza della gravità della pandemia e della necessità di azioni rapide negli uffici dei servizi sociali, nelle case di cura, a livello di *leadership* di varie organizzazioni e tra gli operatori sociali. Questo ha portato, tra l'altro, a una rapida transizione verso soluzioni tecniche. Un altro risultato dello studio è che i partecipanti hanno imparato molto dalla pandemia e dai modi per gestire eventuali crisi future. Ritengono di essere cresciuti nel loro ruolo professionale. Tuttavia, c'è un'area del servizio sociale che "spicca": l'assistenza agli anziani. In particolare, vale la pena di ricordare che ciò ha a che fare con l'alto tasso di mortalità e di infezioni in molte case di riposo per anziani. Come dimostrano i risultati, la mancanza di misure

di protezione per gli anziani ha portato a un alto livello di infezioni e mortalità tra gli anziani che vivevano nelle case di riposo.

Le riforme neoliberali, tra cui la privatizzazione dell'assistenza agli anziani e l'impegno di molte aziende private incontrollate nell'assistenza agli anziani, sono le ragioni più importanti alla base dell'alto livello di mortalità tra gli anziani in Svezia. Per questo motivo, molti anziani che avevano bisogno di assistenza da parte dei comuni e delle società di assistenza hanno rifiutato di ricevere aiuto e supporto a causa della paura di infezioni. Questo aspetto dello studio è supportato anche dal rapporto della Commissione Corona (SoU 2020: 80), che ha fortemente criticato la mancanza di preparazione quando si tratta di proteggere gruppi particolarmente vulnerabili (ne parleremo ulteriormente nella prossima sezione). La novità è che, sebbene prima della pandemia esistessero strutture tecniche e di supporto per le soluzioni digitali, la pandemia ha portato a un'accelerazione delle soluzioni tecniche. Questo ha aiutato gli assistenti sociali a sfruttare l'opportunità e a spingere per un'ulteriore digitalizzazione. Di seguito sono riportate alcune riflessioni sulla relazione tra la neoliberalizzazione dello stato sociale e dell'assistenza sociale e le conseguenze distruttive della pandemia.

La mancanza di preparazione e di proattività come risultato del crollo dello Stato sociale

Dal materiale delle interviste si evince che non c'era alcuna preparazione, né a livello nazionale né a livello locale (test, monitoraggio delle infezioni, dispositivi di protezione), nonostante i segnali iniziali e la propaganda contraria da parte del governo e dell'Agenzia per la salute pubblica (SOU 2020: 80; 2021: 89 Volume 1 e 2; *Läkartidningen* 2020-02-25). Ciò può essere considerato notevole in un Paese noto per la sua ingegneria e pianificazione sociale proattiva, tra cui l'esistenza di un sistema sanitario pubblico universale, un sistema di assicurazione sociale generale e l'accesso generale ai servizi per i gruppi vulnerabili che necessitano di aiuto e supporto (si veda ad esempio Esping-Andersen, 1990; Lapidus, 2015). Tuttavia, la pandemia di Covid-19 ha messo in luce i problemi di uno Stato sociale che si sottrae e collassa. La pandemia di Covid ha rivelato le carenze strutturali e istituzionali create dalla neoliberalizzazione della società svedese in generale e del sistema sanitario e dei servizi sociali in particolare. Il forte stato sociale svedese è oggi più un'immaginazione che una realtà, come risultato della neoliberalizzazione del Paese, poiché ha subito gradualmente grandi cambiamenti negli ultimi decenni. Si è verificata una situazione paradossale in cui la fiducia nelle autorità nazionali è stata elevata in gran parte della popolazione, mentre molti gruppi emarginati e vulnerabili sono stati vittime della pandemia. Come dimostrano i risultati dello studio, la fiducia nelle autorità nazionali, come il governo e l'Autorità sanitaria pubblica, era alta tra i partecipanti a questo studio. Inizialmente si sono fidati delle informazioni fornite dalle autorità, ma col tempo gli assistenti sociali e le organizzazioni di servizio sociale hanno dovuto trovare soluzioni proprie per poter svolgere il servizio sociale con persone emarginate e vulnerabili. In alcuni casi, come nel caso del sistema di assistenza delle case di riposo, il personale e la dirigenza dell'organizzazione non hanno seguito né le indicazioni di bilancio né le raccomandazioni centrali (ad esempio che le mascherine non erano necessarie). Hanno creato le proprie *routine* per essere in grado di proteggere sia il personale che gli anziani dall'infezione.

Individualizzazione e riorganizzazione

Un altro risultato dello studio è che, una volta aumentata la pandemia, l'Autorità sanitaria pubblica ha iniziato a fornire alcune raccomandazioni per contrastarla. Tuttavia, tali

raccomandazioni erano principalmente incentrate sui comportamenti individuali. Le raccomandazioni sono state formulate in conformità e sono espressione dei principi del *welfare state* neoliberale, in base al quale gli individui sono ritenuti responsabili del proprio benessere evitando i rischi (cfr. Beck & Beck-Gernsheim, 2001; Beck 2018). Le strategie di azione nelle organizzazioni che hanno partecipato a questo studio sono state quindi suddivise in tre parti: prima per l'individuo per proteggersi, poi per il gruppo di lavoro per proteggersi e infine per l'organizzazione al fine di renderla in grado di svolgere il servizio sociale con le persone che hanno bisogno di sostegno e aiuto. Tuttavia, i risultati mostrano che la capacità di cambiare l'organizzazione del servizio sociale ha portato a modificare gli atteggiamenti verso il concetto di luogo e spazio e alla digitalizzazione, che ha contribuito allo sviluppo di nuove *routine* e metodi di lavoro (si veda, ad esempio, Ellström, 2010).

Tuttavia, nonostante le iniziative positive e inventive degli operatori sociali che lavorano con i gruppi emarginati e più vulnerabili, le opportunità di soddisfare il crescente bisogno di servizi sociali sono limitate. Soprattutto, sono necessari sforzi strutturali per rafforzare lo Stato sociale e arrestare l'adattamento al mercato dell'assistenza sanitaria e dei servizi sociali, al fine di contrastare le varie crisi (neoliberali) e la pandemia.

Ringraziamenti

Un grande apprezzamento va alla nostra collega accademica di servizio sociale Amanda Nyberg, per aver raccolto le interviste di questo studio. Grazie agli operatori sociali svedesi per aver partecipato allo studio e per la loro generosità nel condividere con noi le loro esperienze e riflessioni.

RIFERIMENTI

Andersson, Katarina & Kvist, Elin (2015) The neoliberal turn and the marketization of care: The transformation of eldercare in Sweden. *European Journal of Woman's Studies*, Vol 22(3), 274–287.

Astvik, Wanja; Melin, Marika & Allvin, Michael (2014) Survival strategies in social work: A study of how coping strategies affect service quality, professionalism, and employee health. *Nordic Social Work Research*, 4(1), 52-66.

Axelsson, Tobias K.; Callerstig, Anne-Charlott; Sandström, Lina & Strid, Sofia (2021) RESISTIRE D4.1 Qualitative indications of inequalities produced by COVID-19 and its policy responses. 1st cycle summary report. Örebro universitet. ZENODO.
<https://www.forskning.se/2021/11/08/politik-mot-corona-drabbar-kvinnorna/>

Beck, Ulrich (1998). *Vad innebär globaliseringen? Missuppfattningar och möjliga politiska svar*. Göteborg: Daidalos.

Beck, Ulrich (2018) *Risksamhället*. Göteborg. Bokförlaget Daidalos.

Beck, Ulrich & Beck-Gernshim, Elisabeth (2001) *Individualization - Institutionalized individualism and its social and political consequences*. UK. Sage Publications Inc.

Bergmann, Sigurd (2020) *Viruspolitik i en totalitär demokratur*. Dagens arena.
<https://www.dagensarena.se/essa/viruspolitik-en-totalitar-demokratur/>

Delmi (2020) Miljonprogram, Migranter och utsatthet för Covid-19. Retrieved from: <https://www.delmi.se/delmi-podden/avsnitt-1-ojamlik-overdodlighet-av-covid-19/>

Edebalk, Per-Gunnar (2007) Sjukförsäkring och sjuklön. Om statliga beslut och arbetsmarknadens organisationer. *Historisk tidskrift*, 127:1, 45–69.

Eliassi, Barzoo (2015) Constructing cultural otherness within the Swedish welfare state: The cases of social workers in Sweden. *Qualitative Social Work*, 14(4), 554–571.

Ellström, Per-Erik (2010) Practice-based innovation: a learning perspective. *Journal of Workplace Learning*, Vol 22(1/2), 27–40.

Esaiasson, Peter; Sohlberg, Jacob; Ghersetti, Marina & Johansson, Bengt (2021) How the coronavirus crisis affects citizen trust in others. Evidens from 'the Swedish experiment'. *European Journal of Political Research* 60, 748–760.

Esping-Andersen, Gösta (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton University Press.

Ferguson, Iain; Ioakimidis, Vasilios & Lavalette, Michael (2018) *Global social work in a political context: Radical perspectives*. Bristol: Policy Press.

Foucault, Michel (2018) Övervakning och straff – fängelsets födelse. (5:e uppl.) Lund. Arkiv förlag A/Z förlag.

Granberg, Mikael; Rönnblom, Malin; Padden, Michaela; Tangnäs, Johanna & Öjehag, Andreas (2021) Debate: Covid-19 and Sweden's exceptionalism—a spotlight on the cracks in the social fabric of a mature welfare state. *Public Money & Management*, Vol 41(3), 223–223.

http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2020/12/SOU_2020_80_Äldreomsorgen-under-pandemin_webb.pdf

https://www.regeringen.se/4aae77/contentassets/e1c4a1033b9042fe96c0b2a3f453ff1d/sv-erige-under-pandemin-volym-1_webb-1.pdf

https://www.regeringen.se/4aae80/contentassets/e1c4a1033b9042fe96c0b2a3f453ff1d/sv-erige-under-pandemin-volym-2_webb-1.pdf

Jönsson, Jessica H. (2013) Social work beyond cultural otherisation. *Journal of Social Work Research*, 3(2), 159–167.

Jönsson, Jessica H. (2015). The contested field of social work in a retreating welfare state: the case of Sweden. *Critical and Radical Social Work*. 3(3), 357-374.

Jönsson, Jessica H. (2019) Servants of a 'sinking Titanic' or actors of change?: contested identities of social workers in Sweden, *European Journal of Social Work*, 22(2), 212-224.

Jönsson, Jessica H. & Heggem Kojan, Bente. (2017) Social justice beyond neoliberal welfare nationalism: Challenges of increasing immigration to Sweden and Norway. *Critical and radical social work*. 5 (3), 301–317.

Kamali, Masoud. (2008) *Racial Discrimination: Institutional Patterns and Politics*. London: Routledge.

Kamali, Masoud. (2015) *War, Violence and Social Justice: Theories for social work*. London: Routledge.

Kamali, Masoud. (2021) *Neoliberal Securitisation and Symbolic Violence: Silencing political, academic and societal resistance*. Cham: Palgrave Macmillan.

Kamali, Masoud. & Jönsson, Jessica. H. (2018) *Neoliberalism, Nordic Welfare States and Social Work: Current and future challenges*. London: Routledge.

Läkartidningen (2020) *Bedömningen att beredskap mot covid-19 är god ifrågasätts*. 2020-02-25 <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2020/02/bedomningen-att-beredskap-mot-covid-19-ar-god-ifragasatts-av-lakare/>

Lapidus, John (2015) *Social Democracy and the Swedish welfare model. Ideational analyses of attitudes toward competition, individualization, privatization*. Akademisk avhandling. Göteborgs universitet.

Lauri, Marcus (2019) "Mind your own business: technologies for governing social worker subjects." *European Journal of Social Work*, 22(2), 338-349.

Listerborn, Carina (2018) *Bostadsjämlighet. Röster om bostadsnöden*. Stockholm: Premiss.

OECD (2013) *Factbook: Economic, Environmental and Social Statistics*. Retrieved from: https://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-factbook-2013_factbook-2013-en

OECD (2016) *Factbook 2015-2016*. Retrieved from: https://www.oecd-ilibrary.org/economics/data/oecd-factbook-statistics/oecd-factbook-2015-2016_39c5fe79-en

Östman, Caroline. (2019) *Unaccompanied refugee minors and political responses in Sweden: Challenges for social work*. (Doctoral thesis). Östersund: Mid Sweden University.

Prado, Svante (2018) *Inkomstfördelning, tillit och välfärdsstaten: en historisk tillbakablick*. *Socialmedicinsk tidskrift* 3/2018.

Robertson, Roland. (1992). *Globalization: Social Theory and Global Culture*. London: Sage.

Samzelius, Tove. (2020). *A vicious circle of silent exclusion: Family homelessness and poverty in Sweden from a single-mother perspective*. Doktorsavhandling, Malmö universitet.

Skolverket (2019) *PM-Slutbetyg i grundskolan våren 2019*. Dnr: 5.1.1–2019:1342. Stockholm: Skolverket.

Socialstyrelsen (2020) *Ny statistik om smittade och avlidna i covid-19 bland äldre*. <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/ny-statistik-om-smittade-och-avlidna-i-covid-19-70-ar-och-aldre/>

SOU 2020:47 (2020) *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag*. Stockholm: Fritzes.

SOU 2020:80 *Äldreomsorgen under pandemin*. Delbetänkande av Coronakommissionen.

SOU 2021:89 *Sverige under pandemin*. Sjukvård och folkhälsa. Volym 2.

SOU 2021:89 *Sverige under pandemin*. Smittspridning och smittskydd. Volym 1.

Svensson, Göran & Rodriguez, Rocio (2021) *A Laissez-Faire Strategy Marked by Blinkers to Fulfill Established Pandemic Goals–The Case of Sweden*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, doi.org/10.3390/ijerph18189551

Tomlinson, John (1999). *Globalization and Culture*. Chicago: University of Chicago Press.

Wingborg, Mats (2019) Fler otrygga jobb och färre fackligt anslutna: Statistik och analyser för åren 2005–2018. Stockholm: Arena Idé.

Social Work

During the Pandemic:

Awareness, Theory and Practice

Summary of the international research:
Theory and Practice of Social Work in the World
in Times of Pandemic
Argentina, Brazil, Italy, Spain, Sweden

Project funded by IASSW-AIETS
International Association of Schools of Social Work

Coordinator: Alexandra Mustafa

Argentina - Diana Crisistelli, **Brazil** - Alexandra Mustafá, Salyanna de Souza Silva, Ramiro Marcos Dulcich Piccolo, Márcia Iara Costa da Silva Rego, Gisele Ribeiro Anselmo, Elizabeth da Silva Alcoforado; **Italy** - Lluís Francesc Peris Cancio, Maddalena Floriana Grassi, Maria Lorenzoni Stefani, Elena Spinelli; **Spain**: Josefa Fernández Barrera and Belén Parra Ramajo, Miguel-Ángel Mateo-Pérez, María-Asunción Martínez-Román, Arantxa Rodríguez Berrio, Emma Sobremonde Mendicuti; **Sweden**: Jessica Jönsson, Maria Bennich (University of Örebro).

ISTIS - 2024

Social Work in the Pandemic: Awareness Raising, Theory and Practice

WARNING

In academic circles around the world it is often said and accepted that social research has a validity limited to the era in which it was conducted, and this is a very good thing, while social scientists understand their work as something that should inspire new research and are pleased to realize that, on the basis of what they have studied, new researchers have advanced in their knowledge of the subject and even surpassed it. The Italian sociologist Franco Ferrarotti explained this masterfully in the following words:

[Scientists] know that their results, however brilliant, will be relatively short-lived. They dream of being surpassed and even forgotten, because they know that their real, permanent victory consists in a scientific progress that will soon make them obsolete, small, sometimes minimal steps in a development to which no one can in advance assign a final, insuperable term.⁸³

Nevertheless, it is important, in order to become critically aware of the production of knowledge, for scholars to become aware of when unusual moments arise, suddenly emerging from the depths of history, and to perceive in the unusualness of the facts the wholly special characterization of certain approaches that may even mark an epoch: to be epochal as the pandemic was.

Thus, new questions of great significance emerge, such as: in what sense should we say that the Covid-19 pandemic was an epoch-making event? What forces us to correct in our analyses? How unprecedented was the participation of social workers in it? And finally: what is the uniqueness of a study such as the one we present, both in terms of assessing the loss of credibility that the market system suffered morally in the face of the pandemic (playing an indecent game with vaccine patents, for example; not overcoming its greed in research and concealing knowledge of scientific advances acquired by competing companies?), and in terms of the gain in social awareness that social workers, in their very clear role as demiurge and structurer of civilization, humanity must recognize, along with academia in general?

This book, which only now, in 2024, arrives in the hands of scholars, also arrives imbued with the effort we have made in the midst of the pandemic process and its unfolding: we have had to train ourselves beyond the initial training we had when we embarked on the project activities; we have had to make ourselves, suddenly, multifunctional: linguists, computer scientists, economists, communicators, people managers, etc., all because we have become aware, precisely, of that unusualness; of that epochal condition we are still facing.

That is why we invite the benevolent reader(s) to consider the study of this book as something that may also lead him or her to a new and very special awareness that we are now in a new era of humanity, in which social service must be recognized in a much higher status than it has been so far.

⁸³ FERRAROTTI, Franco. La sociologia come analisi critica della società. In: CIPRIANI, Roberto (a cura di). Nuovo manuale di sociologia. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore, 2018, p.24.

INTRODUCTION

Research in the Context of the Covid-19 Pandemic.

In general, it can be said that the Covid-19 pandemic found the countries of the world in a forced process of establishing ultra-neoliberal policies, promoted by financial market managers. This was causing a crisis in the world's now established welfare states and a complete dismantling of social policies. Moreover, the reactions to that pandemic were characterized by the presence of marked denialism by governments then led by far-right parties. This made it difficult for populations to become aware, raising doubts about the very existence of the pandemic and spreading panic in the face of the sudden outbreak of mass deaths. All this generated an initial absence of effective measures and delayed the activation of prophylactic measures needed to deal with this evil in different countries to varying degrees. Of immediate consequence, a fourfold crisis was established while it was health, economic, social and humanitarian crisis in the world. This crisis could not fail to produce a direct impact on the practice and theory of health and social service professionals.

Faced with this reality, IASSW-AIETS (*International Association of School of Social Work*) turned its attention directly to that issue. Among the measures it took, to better understand and better implement at that and similar junctures, issued the call "Social Work Education Under Covid-19: A call for international projects."⁸⁴ . As a member of IASSW, Brazilian professor, Alexandra Mustafá, who soon realized the importance and seriousness of the problem that was spread around the world, immediately set up and proposed a research project with the aim of investigating how social workers around the world became aware of the pandemic emergency and what was the subsequent rebound of that awareness into professional action on their part.

Therefore, her intention was to identify the impacts of the delayed awareness, previously identified as having happened, no doubt, in most cases, in coping with the pandemic and to map the practices and theories subsequently developed by social workers, from total awareness of the alarm, pointing out the particularities of the similarities and divergences that characterized their *modus operandi*, when the need for social distancing favored the adoption of practices based on remote work and the use of information technology. Therefore, it was interesting for her to know what major changes occurred in social service theory and practice so that they could be incorporated into professional training in the context of natural or provoked problems and disasters, that is, in a social emergency situation.

Thus, Professor Alexandra Mustafá set out to contact a select group of researchers in Social Service so as to form the team to put in place the international research *Theory and Practice of Social Service in the World in Times of Pandemic*, which was submitted to the International Association of Schools of Social Service (IASSW-AIETS) and received prompt approval.

The research was developed in five countries, three on the European continent: Italy, Sweden and Spain; and two on the Latin American continent: Brazil and Argentina. A stable team of 16 researchers was established under the coordination of the Federal University of Pernambuco of Brazil (Universidade Federal de Pernambuco). Eventually, with great adherence, the research

⁸⁴ Available at the link: <https://www.iassw-aiets.org/wp-content/uploads/2020/07/Social-Work-Education-Under-Covid-19-A-call-for-international-projects-Revised-call.pdf>

team consisted of: Argentina: Diana Crisistelli (DGCyE); Brazil: Alexandra Mustafá (Federal University of Pernambuco), Salyanna de Souza Silva (Federal University Espírito Santo), Ramiro Marcos Dulcich Piccolo (Federal University Fluminense), Márcia Iara Costa da Silva Rego (Federal University of Alagoas), Gisele Caroline Ribeiro Anselmo (Federal University of Paraíba), Elizabeth da Silva Alcoforado (University of Pernambuco); Italy: Lluís Francesc Peris Cancio (La Sapienza University of Rome), Maddalena Floriana Grassi (University of Bari Aldo Moro), Maria Lorenzoni Stefani (Social Worker ISTISS advisor, Italy), Elena Spineli (Social Worker advisor); Spain: Josefa Fernández Barrera (University of Barcelona) and Belén Parra Ramajo (Universitat de Barcelona), Miguel-Ángel Mateo-Pérez (University of Alicante) and María-Asunción Martínez-Román (University of Alicante), Arantxa Rodríguez Berrio (University of Deusto), and Emma Sobremonte Mendicuti (University of Deusto); Sweden: Jessica Jönsson (University of Örebro) and Maria Bennich (University of Örebro),

Immediately thereafter, we began to optimize a scientific and unprecedented methodology to make the apenna-approved research work with the best possible quality, since several aspects of it, such as the linguistic variety of the researchers involved (Italian, English, Spanish, and Portuguese); the cultural diversity and their training were compounded by the need for technological updating (since the pandemic brought about a huge transformation of protocols, programs, and applications to be used in the world from then on) and challenged us greatly, but also served to push us in the construction of a set of functional procedures.

It is worth noting that this research, in addition to being on the topic of the Covid-19 pandemic, was developed while the pandemic itself was taking place, so that the researchers were also immersed in the tragic environments that that situation produced, demanding of each one great capacity to gerire his or her research action, to the detriment of the situation. Thus, it should be noted that what spoke loudest was professionalism and training in social service, which proved to be strong and efficient, as well as resilient.

In order to structure the research procedures, we began to: meet online and via e-mail and built as best we could systems de exchange of information, documentation and collective study. All of this, not without great challenges, led to the triggering of the work, which basically materialized in interviews with social workers who faced, firsthand, the pandemic, in their work environments.

The research

The objective of the international research project "*Theory and Practice of Social Service in the World in Times of Pandemic*" was to learn about the readjustment practices of social services in times of pandemic, identifying particularities, similarities and divergences between the *modus operandi* of social workers in Argentina, Brazil, Italy, Spain and Sweden. Taking our cue from Freire (1970), we investigated how the awareness of the emergency and the consequent anticipation of professional actions to deal with it occurred at the level of the organizational system observed in the country of reference. Each nationally characterized research team conducted in-

depth interviews in their country of operation and analyzed them, referring to standard dimensions of analysis: ethical-political, theoretical-methodological and technical-operational.⁸⁵

This mapping allowed us to identify what changes have already occurred and are expected and desired in the working methods of social workers in different work settings and in social work teaching. The research was conducted between December 2020 and December 2022.

Three general meetings were held in the first five months of the research to establish the methodology and several meetings according to the country context. The methodology was the same in each country: analysis of the impact of the pandemic, study of public measures, analysis through qualitative interviews with social workers chosen for its significance and field of intervention, trying to consider a plural number of professionals. The contents of the interviews were defined with a single template for all countries. After the survey phase, two more general meetings were held for data analysis.

Between January and October 2021, 103 interviews were conducted with social workers who had an active professional role in different fields of intervention during the pandemic period of the year 2020 (February-December). The number of interviews was parameterized based on the number of universities involved: 6 interviews were conducted in Argentina, 55 in Brazil, 15 in Italy, 18 in Spain, and 9 in Sweden.

The conceptual framework of the research is based on Paulo Freire's (1970) concept of consciousness-raising. The research team questioned the meaning of the research object in each country. Instead, the organizational contexts that characterize social service, and within which the concepts of consciousness and consciousness-raising can be observed, make clear the process that social workers are called upon to go through professionally, moving from a moral-individual dimension to an ethical-collective dimension of consciousness. Social workers have been called upon not only to become aware of themselves as professionals, but also of themselves in the organizational and social context in which they work with other professionals and with the beneficiaries of the interventions and systems of action they implement.

The process, then, of conscientization as applied to social intervention and, specifically, to the work of the social worker in an emergency health care setting brings to the attention of our analysis the need to make at least two steps: from a state of unconsciousness to that of individual and collective consciousness of the self as an individual and of the self as an organizational and social context; from a structure of automatic actions, related to unconsciousness, to one of organized actions directed toward social change, related to becoming aware of what one is and what one needs to become in order to respond to the needs of the context, the organization, and the individual. Social service, in this sense, responds to itself as a profession, to the organization as a working tool, to the context as a service to the population and aimed at realizing and consolidating its well-being.

The methodological framework used is qualitative and is inspired by a semi-founded constructivist approach. While based on theoretical and analytical categories of reference, it leaves room for themes from the narratives of the interviewees.

⁸⁵ This ethical-political, theoretical-methodological and technical-operative dimension comes from the work of Yolanda Guerra: *Instrumentalidade do Serviço Social*, São Paulo: Cortez, 2018 and were later recognized as official dimensions of the practice of Brazilian Social Work. In this research, there is an adaptation to all specific needs.

The primary technique chosen for collecting information was the narrative interview, while the selection of the social workers interviewed was reasoned, aimed at identifying a group of subjects as heterogeneous as possible in terms of number of years of experience and type of role and organizational function, but especially in terms of area of intervention.

The type of analysis carried out was thematic analysis, aimed at identifying themes related to the concept of consciousness that derived directly from the field experiences of social workers. In addition, the method of analysis was in-case and cross-case in order to have the possibility to cross-reference the themes related to individual experiences with those related to the set of experiences collected.

Interviews

The interviews were formulated from six questions, so that the first three could contemplate aspects related to the awareness of the pandemic phenomenon and its impact on the engagement of professional activities in the different socio-occupational spaces in which social workers acted. The last three questions referred more specifically to bringing out aspects related to the performance of social workers themselves, seeking to extract the novelties and capacities raised in professional action, focusing on the ethical-political, theoretical-methodological and technical-operational dimensions of professional practice;

Therefore, we can elaborate on the objectives of the questions focused on these two main questions:

A - Awareness and

B - Theory and professional practice

In an epistemological retrospective, we can clarify the guidelines and fundamentals that guided this formulation:

A - Consciousness Taking

The introductory questions aimed to raise, in the interviewed professional, a mnemonic, i.e., memory, movement to put the social workers in the mental position of someone who is about to analyze something serious, of great theoretical, practical, and humanitarian value, which he or she has experienced firsthand and needs to be perceived in order to assess the process that has been triggered in his or her consciousness. Thus, the people interviewed were brought into the intellectual field of cognitive self-observation to perceive, through a simple anamnesis, the first moment when knowledge came to them of the reported existence of a virus that was spreading, perhaps in a distant country. It should be pointed out that the interviews were conducted at a time when the initial impact of the pandemic news had already been overcome, but people were still living in a context of fear of contagion, as the process of vaccine discovery was slow and gradual. In this context, social workers could speak of a past moment when by giving their testimony, his awareness was already an awareness of the great disaster caused by the coronavirus. By "rewinding" their memories, they immediately perceived the interval between the initial state of their consciousness (i.e., a few moments before becoming aware of the virus) and the current state of it, and recognizing how their awareness process unfolded.

In addition, respondents were asked to construct the narrative of the movement of their consciousness over time, going to work with two dynamic structures: 1. The succession of events related to the spread of the pandemic and; 2. The evolution of his or her perception toward the

awareness that evil would reach both personally and professionally. This narrative is, moreover, a description of a time interval, so it has an initial moment that the person interviewed would have already turned into a time lapse when answering question number one (1); and a final moment, which is when, she immediately realized that she did not realize well the severity of the problem.

The questions asked the interviewee to evaluate why his or her awareness of the severity of the event had taken place in the way it did and had taken the necessary time. This evaluative moment of the interview was intended to give space for the interviewee to contribute theoretically to the same research, in as many words as she felt necessary, and by analyzing the process of awareness, so that the interviewers would also become aware of aspects that only that interviewee, in the situation in which she was within the process she was experiencing and with the conditions and information coming to her, could offer.

In other words, this part of the interview served to make the interviewee feel that she, too, was participating in the scientific research process, being willing to share with the interviewer, how her awareness was realized and explain the significance she felt she had, in her interiority, that process in its stages and gradations.

Finally, this first phase of questions ushered in a new chapter in the interviewee's narrative as she began to focus with her intellect on a new process of consciousness triggered by the realization that in addition to dealing with a complex event with a high power of destruction that the situation required of her, as a social worker, something beyond a simple measure of self-protection.

This process then, from these questions, were narrated and led the social workers interviewed to perceive themselves theorizing their action from their understanding and evaluating the quality of the conclusions they extracted from it while everything was happening, contributing valuable information for the researchers to develop proposals for: how to better perceive being within a problematic and tragic process; how to plan in such situations; how to understand the possibilities available despite the many complex obstacles that were occurring in the chain.

It was, therefore, a pivotal moment in the interview and, through it, much knowledge was gained so that one realized that what it was not possible for the interviewee to perceive in the heat of the drama, it was possible for the researchers to perceive at the time of the laboratory analysis where (being in a process in which great reflections are required), it was clearly verified what should be and what should act better and more appropriately. These questions offered researchers the knowledge of viable solutions that were given in the heat of the drama so that human creativity could spread even in times of emergency.

Seminar on Consciousness Taking

For an in-depth theoretical exploration of the category of Mindfulness Taking, a general online seminar and several smaller meetings were held with all teams of researchers from all countries involved in the research. Each team presented a systematization of their theoretical research on the topic, based on studies by authors from their own countries and their academic base and those who are universally known and have left a legacy on mindfulness reflection, such as Paulo Freire, Piaget, and Vygotsky.

Thus, the presentations expressed the understanding of the researchers who also relied on their own reflections and theorizing on the topic of Consciousness Taking, which, in dialogue with the selected authors and based on their own theoretical accumulation and experience, were

sufficient to formulate concepts and a production of knowledge on the topic, capable of basing the analysis of the interviews and the formulation of the final text that now constitute the chapters of this book.

Research and systematization of data collected in interviews

The conclusions we reached in this General Seminar and from the conduct and analysis of the interviews indicate that mindfulness is a process that occurs in a dialectic between contact with reality and mental processing, in terms of understanding the phenomenon and a stance in the face of the phenomenon itself, which can lead to necessary action to confront and overcome it. This process can be gradual and slow or faster, depending on how reality presents itself. In the case of the Covid-19 pandemic, social workers were faced with a situation of widespread panic on the part of the population, given the lethality of the disease and its magnitude, as well as its unprecedentedness. And, initially, they were also caught up in this panic when they were asked to act in areas where the risk of contagion was highest, such as hospitals, shelters, and health care institutions in general, where contact with people posed the risk of contracting the disease. When they were requested, they were obliged to make a recognition and analysis of the situation, which led them to realize that: 1. they had to assume the duty to act as social workers at that time despite the risks and 2. They should develop efficient and as safe as possible adaptive methods of action in such institutions. This was the consciousness-raising process that led them, gradually, to overcome that initial attitude of panic and deal with that panic installed in the population, in order to help control it and develop a rational attitude, capable of spreading calm and response-seeking to that globally widespread disaster. Therefore, social service has been increasingly recognized as a profession of interest and need for action in emergency situations.

The data presented by that reality called for immediate, but expertly thought out action by professionals who, overcoming the initial moment of panic, placed themselves in a mental posture of seeking information for greater knowledge of the phenomenon and searching for alternatives that would characterize increasingly rapid and efficient awareness. This mental and practical posture, understood as praxis because it involves theory and action, required that the mental attitude elaborated in consciousness save all the knowledge accumulated in professional training and professional experience, as well as make use of all the ethical principles underlying the profession's codes of professional ethics and ethical-political projects to assume an attitude of prominence and innovation in dealing with the pandemic crisis.

B - Theory and professional practice

In the questions related to theory and professional practice, the interviewee is asked to detail his or her commitment and performance. The qualities of the actions and skills that each social worker took on depended on the type of engagement, the environment or socio-occupational space in which he or she worked and the type of audiences in which he or she participated, the nature of the interdisciplinary teams in which he or she participated, and his or her theoretical and practical background. The unprecedented nature of the pandemic phenomenon led to theoretical and practical innovation, causing social workers to contribute significantly to acting on the front lines of the pandemic.

The collected statements were analyzed from a quantitative and qualitative point of view and the respondents were asked to take taxonomic inventory of the actions they took; to understand the actions that were valuable, those that were harmless and even, those that were harmful while thought to be beneficial. They were able, through the questions, to theorize in order to take a

comprehensive look at the set of activities in which they were involved and, at the same time, to take a focused look at each set of significant actions and perceive themselves making decisions from conscious conclusions triggered and evaluating by making a summary of the process, highlighting positive and negative points.

Questions also focused on lessons learned from the experience and proposals for social service and its teaching to become truly efficient and fast in the fight against public disasters in general and pandemics, in particular.

Thus, one can see the extent to which the respondent's consciousness allowed him or her to give a conclusive opinion, which involved a theoretical condition, philosophically speaking, and placed both the respondent and the interviewer in a state of contemplation of the appreciated reality.

At that time, the cognitive whole of the interviewee tended to be made available for analysis in its entirety; the factors involved were presented in "satellite" blocks that interacted with the core of the process experienced.

Around this core emerged the political, social, economic, technical, medical, and structural factors, among others, as well as the great burden of emotions involved in all moments of human grief.

Researchers at that time found themselves required in their perceptual consciousness, and while listening to the opinion of the person being interviewed, they tended to perceive the aspects of greatest importance, and such perception was also an awareness of them, which was fundamental to collect and later theorize.

It is here that a great deal of material was gathered that later gave birth to chapters and this book with proposals for the creation of a new discipline in social work that can support professionals and the profession as a whole with an ability to act better in times of disasters and pandemics.

At the end of each interview, professionals were asked to evaluate their growth as a human being and social worker within this process. This question led the interviewee to feel that this work of memory and consciousness had achieved ethical, humanitarian, technical-professional, and theoretical closure and that he or she was reporting in solidarity with the research person a set of valid information for the betterment of something he or she directly faced not without great challenges and even losses.

Thus, the person interviewed at that final moment freely expressed what he thought was important to say as well as having this philosophical-sapiential moment in which he was able to develop a text that will also be of fundamental importance in constructing the existential justifications of those who engage in such activities.

Finally, it was concluded that the interviewee's words were also reflective of the process of becoming aware in which she herself had to walk, act, reason, make decisions, innovate.

Analysis methodology for research interviews social service theory and practice in the world in times of pandemic

We formed pairs of researchers who began doing the interviews that revolved around the concept of consciousness raising and what this consciousness produced in social workers, critical and purposeful perception. The *modus operandi* of each team was masterfully adapted by them,

which led to the analysis of the interviews according to the proposed methodology and the production of their final text.

The key category of the analysis of the interview questions is precisely mindfulness. This category served as a guide for the analysis of the questions and was considered by each researcher or researcher's conception of mindfulness and the conclusions extracted from the seminar on mindfulness.

As a suggestion for analysis, we present the dimensions of professional practice that served as a thread to raise the most important elements:

Ethical-political dimension

This dimension refers to the attitudes of social workers toward the pandemic phenomenon and the positioning of the rulers that we can extract from the respondents' answers. Specifically, it refers to: adoption of the notion of good and evil, socially acceptable virtues or vices; how to understand the dangerousness and harmfulness of the pandemic; assessment of the pandemic situation and; their behavior in the face of that fact.

Here, what comes into play, primarily, is the stance taken to act in the fight against the pandemic and understand the phenomenon also from the scientific point of view, which in the process of reflecting on one's thinking and actions, never stops coming to light during the interviews. We analyze the ethical commitment to the pandemic victims in order to identify the emerging needs, commitment and courage to meet these needs in order to ensure the right to life and social rights threatened by the pandemic situation. It was to analyze the values that underpinned the action of social workers, such as courage, overcoming fear, uncompromising advocacy for human rights, initiative, and collective action, in the sense of multidisciplinary and caring action towards the population and communities, contributing to the prevention of contagion and curative action in the case of already identified contamination.

It was also important to consider the behavior of government authorities: when there was neglect or denial, in the opinion of the social workers, or whether there was active engagement in combating the pandemic. What analysis of the political process itself at the local, national and international levels, in order to have perceived or not perceived the behaviors and decisions that were made to guide the population, prevent the virus or cure it, in order to contribute or not, effectively to prevent deaths, to support the public health system, to contribute to health workers, treatment, education, in short that attitude of responsibility or irresponsibility of the rulers were identified in the answers given by the respondents.

Theoretical-methodological dimension

This dimension refers to the level of scientificity that has guided and awakened in social workers the ability to use the entire theoretical framework of the profession, acquired during their training, to support their actions. It also refers to the ability to make immediate responses to novel situations, using the theoretical-methodological device of professional training and their attitudes alongside science to cope with the virus.

From the interviewees' statements, we could also analyze how social workers dealt with beliefs and fantasies, fuzzy lies and fake news that invaded users' minds, from the spread of fanatical distrust in the measures proposed by WHO and health agencies that began to guide users' behaviors and attitudes.

We were also able to analyze the theoretical and methodological support resources available in each city or country, i.e., courses, training already existing or created to scientifically reflect on the performance of social service professionals in coping with public, endemic or social disasters.

The study of the responses allowed us to analyze what was extracted as a contribution to training and professional practice regarding the monitoring of risk situations, especially with regard to the different population segments and sociooccupational space investigated.

Technical-operational dimension

This dimension is directly related to professional practice from a technical-operational perspective and the ability of social workers to create new and competent alternatives that can immediately respond to the most novel situations that have arisen in the evolution and decline of the pandemic.

The doubly comprehensive method of interview analysis

Methodologically, a Vertical Analysis and a Horizontal Analysis were carried out, which satisfied the following principles:

The Vertical Analysis consisted of carefully analyzing all the questions answered by each social worker in order to identify the profile of each professional and their process of awareness. By identifying the professional individually, taking into account the totality of their answers, we were able to get an overview of their chain of responses and the process from the simple news about the existence of the virus spreading all over the world, to the awareness raising and the process of consequent actions, as well as it was also possible to perceive the contribution that each of them has to make to training in social service and finally what was, in their interpretation, their personal growth. This analysis also allowed for the identification of the most important aspects that were raised in each social worker's responses on the category of Raising Consciousness in the dimensions of professional practice, listed above, allowing us to analyze social workers' capacity for theoretical autonomy, in addition and complementary to what the specialized literature has already published.

The Horizontal analysis sought to consider separately each question answered by all the social workers interviewed in order to be able to thematically focus and compare the responses of all those, taking as reference the concept of Awareness Taking and practical action, according to the content proposal presented above. This overview allowed us to have a comprehensive view of how the process of Awareness Raising of the professional category, as a whole, has developed and what measures all of them have taken, from the identification of: common points in the responses, divergent points, and the novelties that have emerged.

Finally, data analysis was proposed for:

- Relate these data in our understanding of "Consciousness Taking" and the content of the "dimensions of the profession" as presented above and draw analytical conclusions on each aspect, without leaving out any elements presented in the interview.

- Establish relationships between individual data and data from the political conjuncture and social structure of each country involved in order to gain insight into the totality and implications of the conjuncture and social structure in the consciousness of the respondents.

- Highlight the aspects that emerged as expressions of professional awareness and performance that do not depend on and overcome conjunctures and structural determinations.

In the final stage of the analysis, it was geared to each team in each country:

- Construct a text, individually by two authors, on the conclusions of the analysis of the interviews. These texts constituted the presentation of a seminar held with the teams from each country, according to the proposed schedule, in online mode. The whole has been catalogued and contains examples and quotations collected from the interviewees' statements. From it it is possible to access the bibliography used by each researcher.

The result generated a debate on the texts or chapters presented, and from there collective conclusions were drawn about the presentations and conceptions of each country researcher, the final format of which is presented in this book.

The Results

The interviews conducted in this study clearly confirm that the pandemic period was an extremely interesting phase for analyzing the behavior of social workers. One will be able to understand it better with the reading of this book as one understands that social workers experienced an exceptional upheaval in their daily *routines*, and this upheaval produced several transformations that deserve to be considered as much with regard to training as to social service practice.

The overall conclusions of the research inspire us to say that, in summary, the social work profession has been crucial and indispensable on the front lines of the fight against the pandemic, and that all the knowledge accumulated in this confrontation represents irreplaceable intellectual and practical growth that should serve as an essential element in professional training and practice in all spaces, such as universities, colleges, schools, entities representing the profession and others.

The process of Awareness Raising, coming from the research, elicited the perception that the profession has played an essential role with the population and that it needs to be better recognized and have more visibility for its performance, as well as receive the appreciation corresponding to that capacity exercised during this health, social, economic and humanitarian crisis.

The interviews forced the interviewees to relive the first moments and the subsequent evolution of the pandemic. The transition from a state of unconsciousness to one of consciousness with respect to the pandemic situation seems to have been characterized by immediacy, on the one hand, in that it was predominantly characterized by emotions of fear belonging to the personal-individual sphere; on the other hand, this transition was gradual in that it was accompanied by the various movements of reorganization and social services that took place, at various decrees, in parallel with the process of gaining awareness about the developing crisis.

The elements that characterize the immediacy of Consciousness Taking refer to: events related firstly to the private lives of professionals and secondly to the reorganization of the work environment and, in some cases, the specific tasks of professional life. This also entailed increasing demands for help from service recipients, some of them unexpected and unusual, as well as the disruptiveness of government regulations and the degree to which social workers' movements depended on these regulations, not only nationally but also locally.

Among the factors that connoted instead the progressivity of awareness acquisition was the fact that movements to reorganize personal and professional lives depended on the sometimes sudden changes due to government decisions that radically altered the livability of the area and the accessibility of services. Moreover, this progressiveness was shaped by the way efforts to reorganize the internal organization of each agency depended on ever-increasing demands for help from those who were already recipients of services and also from the general public.

In the narratives of the social workers interviewed, the process of becoming aware thus seems to have involved a shift from a state of unconsciousness to one of personal and professional awareness characterized by elements of immediacy, due to national measures to contain the emergency, and progressiveness, because the process of becoming aware was calibrated to the level of national organization and rationality specific to each agency in which the social worker was employed at the time of the pandemic.

A variable and critical element was the need to make personal and organizational sense of the emergency: all these professionals felt the need for such elaboration, but in almost none of the contexts was this need adequately met.

Another aspect to consider is that the awareness of that the attitude of professionals has been transformed with the realization of the profession's role in front of disaster and pandemic situations. In fact, the initial overcoming due to the panic that emerged in front of that unusual situation of fear and immobility challenged social workers to assume, at the expense of the emotional elements present, a rational position in front of that phenomenon. Which led them to face the complex problem with the necessary calm and make decisions, creating alternatives hitherto unexperienced in practice.

The peace of mind needed to take a confident, collective and supportive attitude came, exactly, with the realization about the fact that scientificity is still the best advisor for dealing with difficult situations unseen by humanity. From this emerged networks of exchange of experiences, possibilities for collective planning, confidence in the baggage acquired during the training they had, the creation of study groups and the use of available remote technologies to control the possibility of contagion and structure a *network* that would function as a protective shield for the emotional and theoretical-methodological support for their actions.

During this period they issued many online video programs in the form of so-called *live shows* with the purpose of giving support the implementation of practitioners and socializing directions of practices and studies as well as experiences.

Even so, our research can be considered an example of such a self-produced phenomenon, insofar as it created a relevant space for reflection on the incident, allowing social workers to shed his feelings and arrive at rational and scientific reflection, without neglecting the seriousness of the situation, in order to face that evil with confidence and as protagonists, since protagonism was a fundamental element that the situation perforce required.

From the theoretical-practical point of view of social workers, innovative actions emerged that deserve to be considered from then on as theoretical-methodological tools to be included in professional training to prepare professionals to deal with future disaster or pandemic situations. This is justified by the fact that similar phenomena will, in fact, have to come down against the planet. The progressive threat against the environment now leaves it clear that capitalism's

unbridled rush toward development without why will not stop on its own to protect natural resources.

Thus, throughout the research process, the question of the ultimate causes of the pandemic often led to answers that pointed to capitalism as the main culprit for that momentous tragedy. Since social workers work daily in the field where social structure develops, there is no way not to analyze the capitalist system when serious problems arise. This led us to conclude that it is appropriate to include in all professional training curricula around the world a discipline that leads the student to be able to critically follow that system while practicing his or her profession, so that the social worker always perceives when unbridled capitalism acts against the environment.

In addition, the research highlights the need to create the discipline of Social Service in Emergency Situations to ensure even better training than what is implemented today and to be able to deal with any future emergencies with much more theoretical-practical competence so that we can act with total efficiency in future similar disaster or pandemic situations.

Conservatism, underhandedly, in order to disguise itself as socially beneficial, has transformed itself to appear as something new and thus be seen to provide linneas for professional protagonism. Thus, to protect the profession from such a threat, it is necessary to incorporate serious precautions against conservatism into the future practice of social workers.

Remote work can no longer be ignored, despite the difficulties it poses. But adaptation is necessary, and information technologies are already part of professional practice to overcome distances, travel difficulties, etc., and are an added resource in the sense that they can help complement the essential work of the face-to-face relationship. If there are challenges to the remote work of social workers, this is a reality that needs to be considered, especially in the sense that telecommuting cannot replace face-to-face work. But the challenge of optimizing IT resources for the benefit of users and as allies of social workers remains, and this challenge remains as a result of the pandemic period and as a trend in the ways of working instituted by the technological revolution. We must realize that this challenge must now be posed for the benefit of the subordinate class and not remain a weapon of the ruling class to be used to manipulate the individual nor the subordinate class itself.

The other conclusion we came to is that the profession has had a remarkable degree of visibility and awareness among professionals about the need and value of the profession itself in these extreme situations in which humanity has found itself and may still find itself. The presence of social workers has proved indispensable on the front lines against the pandemic, and their skills have been mobilized in the areas of health care, nursing, education, care of the elderly, youth, women, and children, and in all the socio-occupational spaces in which they have been involved.

As we know, a huge number of people and their families have found themselves, from one moment to the next, in situations of extreme need: lack of guidance, assistance, hunger, unemployment, etc., and social workers have been summoned to provide them with emergency assistance. Thus it was realized that social workers are a key presence in organizing the search for solutions at such times and therefore their voices must be recognized globally when it comes to action for humanitarian aid. Despite the neoliberal trend that insists on eliminating or undervaluing social policies, social programs and the social work profession itself, professionals have presented themselves as capable of providing guidance in services and activities. We can say that through their skills in the face of the institutional collapse that occurred during the Covid 19 pandemic, organized social workers took the necessary and structural initiative to assist the many in need. In

fact, research shows that social workers, aware of their ethical role in structuring the social, took the laudable initiative to legislate in the professional sphere, legally assessing the must-be of urgent and inescapable actions and executing them with mastery and scientifically verifiable results. In view of this, it is necessary for society at large to recognize that social service action during the pandemic effectively elevated the *status of* social workers to that of ethically equivalent judges, legislators and rulers *lato sensu*. Therefore, the results of this research, we believe, should be a justification for greater social respect from societies, instead of devaluing them as the explicit intentions of conservatism have already made clear.

This visibility of the profession must be an awareness for professionals of the importance of its role within society and its importance as a profession that can and does respond to unexpected and highly responsible demands for life safety and respect for human and social rights. This awareness gives us the opportunity to confront neoliberalism and claim a place of honor throughout the world, and leaves us with the challenge to make the case for all that social service represents if it takes the decision to unify the professional category, in education and practice throughout the world. This challenge calls upon IASSW-AIETS, FITS and ICSW for a new vision of the meaning of the profession itself worldwide in the present day.

The realization of the need for such social recognition with the elevation of the *status* and visibility of the profession should also reflect a new awareness on the part of professionals and representative bodies of social services in general. In this sense, IASSW-AIETS, FITS and ICSW are called upon to position themselves to collectively take up that defense of the social rise of the profession's *status* even at the United Nations and at specific National States.

Therefore, this book, which brings together all these potentials, stands as a knowledge production that is part of both the level of educational text to be socialized in training spaces, the result of scientific research, and material directed to scientists in the area and other related areas, considering that the effort undertaken in its preparation and throughout the implementation of the research was a real step of immersion in doing science and to validate all that is supported by scientific knowledge in times of pandemic.

This book, which is polyglot in order to take into account the linguistic diversity that characterized the composition of the team and also to favor access to the widest possible audience of social workers around the world, is divided into three (3) parts: the first in Italian (because those responsible for the shelter of its edition are Italian entities representing the professional category and which favored us with a cost beyond assessable); the second part is in English because this language is the one prevalently used in the debates of the IASSW-AIETS which is the entity that awarded us the approval of the project that financed the book itself; the third and last part is in the original language of the team of researchers to maintain the possibility of philological study at a high level and, certainly, to guarantee access to the original texts to the native speakers of the respective languages.

ACKNOWLEDGEMENTS

First, we would like to thank all the social workers who kindly provided us with their testimonies, either by participating in public online video reports or by giving private interviews. We would also like to gratefully mention the social workers and teachers who were willing to collaborate on this edition, proofreading the texts in Italian (Maria Lorenzoni Stefani, Annamaria Campanini) and English (Barbara Shank). Special mention goes to the efforts of research professor Lluís Peris Cancio, who was instrumental in energizing those involved in the activities that led to the final preparation of the book for publication.

ARGENTINE

Awareness, ethics and commitment of Social Workers from different Argentine public and private entities during the COVID-19 pandemic

Diana Margarita Crisistelli⁸⁶

INTRODUCTION

This report is part of the research work carried out by the collective of Social Workers from different countries (IASSW), framed in a joint project of Latin American and European countries called "*Theory and Practice of Social Work in the world in times of Pandemic*".

In December 2019, in Wuhan, China a virus appears: Covid-19 that spreads worldwide so the WHO in March 2020 declares Pandemic. The rapid spread of the virus put the health system on alert.

Argentina was no stranger to this reality. With the new government mandate, President Alberto Fernandez, on March 12, 2020, establishes the decree 260/20 by which the state of social, preventive and mandatory isolation (ASPO) is determined. This situation led to the determination of different measures in order to alleviate the socioeconomic consequences of the health care proposals. In economic matters, social protection policies were implemented in order to contain the fall in wages, employment, production and price increases. Palliative measures were also taken, such as price freezes, tariff freezes, anti-layoff clauses (PEN Decree No. 329/2020) and double indemnities, among others. As for the health aspect, there has been a social emergency and the absence of organized and systematized information.

The approach of the social worker in this context leads us to define our theoretical framework for which we place ourselves from a rights-based approach under a Popular Planning proposal, reason for which the most significant contribution of this framework lies in the consideration not only of the sociocultural variable, but also in the search for the empowerment of the communities, starting from the understanding of their own popular logics and sponsoring their participation in the elaboration and execution of community plans, adjusted to their way of life, which are not an end, but a means to undertake processes of education, organization and popular participation. We agree with the interviewees when they refer to the empowerment of families in this period, which will be developed later.

The COVID 19 Pandemic and Health

The pandemic situation has revealed different nuances among the different communities and their constituent groups throughout our national territory. There are different levels of government:

- National Level
- Provincial Level
- Municipal Level

⁸⁶ Diploma in Social Work, with a degree in Management and Organization E. Teacher in Special Education and Common Education. Judicial Expert. Postgraduate degree in Youth and Adult Contexts of Confinement.

Article 42 of the Argentine National Constitution establishes the right to health care for all inhabitants of the national territory, whether Argentine or foreigners, in hospitals or health centers, free of charge and on an equal basis.

Different laws, decrees and programs have been incorporated in the Official Gazette after the beginning of the pandemic and they are as follows:

Solidarity and extraordinary contribution to help mitigate the effects of the pandemic. Create. Law 27.605. HONORABLE CONGRESS OF THE ARGENTINEAN NATION (BO 18/12/2020).

Law for social solidarity and productive reactivation within the framework of the public emergency. Extension of Decree 99/2019. Decree 1057/2020. NATIONAL EXECUTIVE POWER (P.E.N.) (BO 31/12/2020).

Assistance program. Decree 615/2020. Extension. Decree 1055/2020. NATIONAL EXECUTIVE BRANCH (P.E.N.) (BO 31/12/2020). Employers health activities. Decree 300/2020. Extension. Decree 1052/2020. NATIONAL EXECUTIVE BRANCH (P.E.N.) (BO 29/12/2020).

Law on vaccines intended to generate acquired immunity against Covid-19. Provisions. Law 27.573. (BO 06/11/2020)

The health system comprises three sectors, perhaps poorly integrated among themselves and sometimes fragmented within them: the public sector, the compulsory social insurance sector (Obras Sociales) and the private sector. Each sector has healthcare services with certain differences, which in some way have had to reach a consensus in times of pandemic by negotiating actions, which are not very easy to achieve.

Somehow, after the sanitary emergency caused by the beginning of the pandemic, complicated interpretations emerged due to the absence of systematized statistical data, and due to differences related to the origin of the virus and its possible treatment. This situation significantly affected the inhabitants, the health system, starting a strict confinement of eight long months, which produced problems in the economy in general, which resulted in large companies emigrating from our country, and the informal economy left a large number of people without work.

There are questions that have arisen: "have the communities been prepared with programs that can make resources available?"; "were the local intermediaries partisan militants?"; "to what extent were the resources distributed equitably? Questions that to date do not have all the answers, and for some citizens there is also a lack of expertise in their actions. The complexity of public health policies has affected professionals in general, changing their tasks (remotely), including social workers.

The first confirmed case of the Covid-19 pandemic in our country was announced on March 3, 2020, with some uncertainty, little information and fear for the images that were beginning to be seen from Italy, Spain and France. Already with the decree where all schools, public and private organizations, restaurants, shopping malls and means of transport could only be used by essential personnel, and there was a total restriction on going out to the street, for the inhabitants, cars could not be used, unless a circulation permit was processed through the web for very specific reasons. Public and private hospitals gave priority to treating people infected by this virus. These measures reduced to some extent the number of infections and deaths, but caused other serious diseases to go untreated and people to die.

The interviewees agreed that "it was shocking to see images of completely empty streets". After the first two weeks, the first signs of concern about the total lack of activity appeared, especially for those people with "informal jobs", who were left without any kind of income, as well as the "work from home" or "remote", with some difficulties for those who did not have a PC, a last generation cell phone or a reliable internet network.

Not only vulnerable groups were affected, but also students without technological resources, or the elderly without relatives or neighbors who could help them. Thus, we can observe great disorganization, mass media with conflicting news, and a number of "infectologists" advising the government with antagonistic discourses. But the most worrying thing arises from listening to statements made by the then Minister of Health, Ginés González García, who through the media casually expressed: "*I am much more worried about dengue than about the coronavirus* (Diario Clarín, 3/2/2020), maybe it is like a flu".

The same minister would later retract: "[...] I did not believe that the coronavirus would arrive so quickly, I did not believe that it would arrive in summer, it surprised us [...]" (Ginés G. García: 03/29/20).

Meanwhile, in May of the same year, when Argentina was in strict and total isolation due to the pandemic, he also expressed as a former official that the virus in Argentina: "[...] began with the middle and upper middle class who traveled" (Ginés G. García: La Nación, 05/29/20).

Evidently, it did not take into account the declaration of the WHO, which declares March 11, 2020, the global pandemic of Covid-19.

Another aspect to take into account was that while in other countries, the purchase of vaccines was managed, here it took many months and in principle only vaccines from Russia (Sputnik) and China (Sinopharm) were chosen, which were not recognized in the European Union, USA, Australia, etc., banishing others with more recognition, such as *Pfizer*, *Astraseneca*, etc.

Finally, near the end of 2021, the purchase of other vaccines is incorporated, but many deaths from covid had already occurred.

On December 29, 2020, Minister González García starts the vaccination campaign at the Posadas Hospital, and simultaneously throughout the country (source: La Nación newspaper), in the first instance to health personnel. But incredibly, a political scandal appears, referring to the application of vaccines in the first instance to politicians, relatives and friends as secretaries, skipping the order by age and essential organized by the Ministry of Health itself, which results in the availability of Ginés González García from his position, being replaced by Carla Vizzotti, second in that ministry. The scandal occurred in the midst of a shortage of vaccines and due to favoritism or political militancy, the use of partisan premises to register different citizens to be vaccinated, which is currently under review in the scope of Justice due to a complaint made to the pertinent authorities.

The following table shows quantitative data related to the pandemic from 11/03/20 to 1/03/21.⁸⁷

⁸⁷ Table prepared by the authors. Source: Ministry of Health.

Country's Population	Confirmed Cases	Deceased	Vaccinated
45.376.763	9.007.753	127.494	10.079.394

Perhaps if the management of vaccines had been more equitable (in the purchase, distribution and application), the number of deaths would have been lower.

Awareness of social workers in Argentina

Within the framework of this research "Theory and practice of Social Work in times of Pandemic", it is agreed to use the term "awareness" to initiate a discussion, a conceptual debate referred to different theoretical frameworks that will be reflected in the field work of each social worker. Awareness has been analyzed as a plausible concept to be looked at from the point of view of different authors and, in my opinion, broadening such concept, used in times of emergency, of global dimension such as the pandemic by Covid-19.

From this review it emerges that to date there is no specific bibliography on awareness in the field of social work in our country, but it is a question of incorporating "awareness" as a skill that develops as one interacts in the "internal and external" spheres. There are international publications of articles and websites where data and descriptions of specific situations such as wars, environmental and human risks appear, such as in the World Health Organization (WHO) and the Pan American Health Organization (PAHO), which contribute to provide information, but not specifically on awareness and the field of social work.

Awareness is not a capacity that is acquired at birth, but is a skill that develops as one interacts in the internal and external environments (Goodman, 2007).

There is a lot of bibliography on the subject with authors such as Jean Piaget or Paulo Freire that were analyzed by colleagues from other countries, so it will be analyzed with other views such as the Gestal (Goodman) and the Language of the body (Lowen) that bring us closer to awareness in unprecedented situations, which can be applied by the group of Social Workers in this particular situation where they have had to manage.

All awareness involves affective-mental elements, where from an experience or experiences, the individual becomes aware of his internal reality or external reality. As the individual goes through the path of life, the experiential process allows him to become aware of what is happening in the environment (intra or extra-ambiental).

Awareness involves intuitive elements, taking intuition, from phenomenology, as the capacity to grasp reality as it is. The individual, through a process of personal and spiritual growth, has the ability to realize what is really happening in his environment. However, in the variegated society, perhaps in which we live, not everyone has the ability to realize reality and live immersed in unreality, and reinforce this fact as part of their life and believe that others should also be immersed in that fiction.

Is it possible to change reality without knowing it? Both internal and external reality must be known for a transformation of the self or society. Both transformations are intrinsically related and there is an existential overlap between them.

And what is awareness? From the psychological approach of gestalt, awareness is the capacity to realize how the person functions as an organismic being (mind, emotion and body), as a social being, as a transpersonal subject and also as an ecological being.

We can define "awareness as the ability to see the internal reality through the entangled unreal, and to see the capacity of the external reality through the network of emerging mirages".

There are several types of awareness and from the social Gestalt we can propose the following types of awareness:

- individual;
- social;
- transpersonal;
- ecological.

Individual awareness involves becoming aware of the sensations, emotions and thoughts that occur in the organismic being. From birth, the individual acquires the capacity to become aware of his or her functioning as a person. As time goes by, the child becomes more and more aware of his body, interacting with his own needs and the needs of the environment. His physical needs become more important, and he expects his parents to meet them as they emerge. As the person reaches adolescence, he becomes increasingly aware of the dynamics not only of his body, but also of his emotions and thoughts. The game of emotional polarities is no longer so automatic, the adolescent himself realizes that he can control and manage his emotions. And when he reaches adulthood, the subject, who already manages his sensations and affections better, becomes more aware of his thoughts and is able to expand his capacity to become aware, in all aspects. Then, in adulthood, the subject may already be able to become aware of his sensations, emotions, thoughts and his relationship with his environment.

The range of awareness varies from person to person, according to their formation, life experience and/or training. In this last option, of training, personal growth groups, encounter groups, marathon groups, and other types of groups make it possible to develop the ability of individual awareness. And this development will be the basis for social, transpersonal and ecological awareness.

In any case, individual awareness also develops according to the emerging experiences in daily life. Humanity advances from an infantile stage to more advanced stages in the course of time in centuries or millennia.

Social awareness is to become aware of the family, group and social environments, and to see how these affect the individual's personal and interpersonal perceptions, attitudes and behaviors. Social awareness arises when the child becomes aware of the other (mother, father, siblings, etc.), and verifies that he/she is affected in a certain way, fulfilling or not his/her basic needs. In adolescence, the individual relates much more to others and reacts positively or negatively to the emerging dynamics. In adulthood, human relationships are much more complex, with many more variables involved, where there is not only affection or disaffection. People, in their relationship with the social environment, use concrete reasoning, and by common sense, realize what is happening in the environment.

If the individual has developed individual awareness of his own functioning, then it will be easier for him to become aware of the functioning of the environment, and thus develop social awareness. It will be easier for the individual or the group to develop group consciousness. This consciousness is the capacity to feel that he or she is a member or an integral part of a group, of a

whole. This can begin to occur through membership, identification, commitment and end in inclusiveness.

Methodology - interviews: construction, case studies, case studies.

The objectives established in the international project "Theory and Practice of Social Work in Pandemic Times" give rise to the empirical design of the present research, coordinated by Prof. Alexandra Mustafá from the Federal University of Pernambuco, Brazil.

From Argentina, the methodological aspects agreed upon by the international team of researchers are shared: qualitative approach, focused interviews from which data are extracted and analysis of the case study and conclusion.

The application and study was carried out in the Province of Buenos Aires. There were six interviews: 5 in the District of Tigre, and 1 in the National University of Luján with headquarters in San Miguel. They were conducted between April and October 2021, by the social worker researcher in digital form, due to restrictions, prior to virtual meetings to explain the project, make the questionnaire known and the great importance of the collaboration of each Social Worker (SW), by providing the answers and the time shared in their responses. The interviewees were selected taking into account different public spheres, education, health, justice and a university.

The approach has shown the different experiences of the professionals, their traumatic moments in terms of their activity and in their personal lives.

The framework has been to observe the practice of social work in times of pandemic and its relationship with the people, needs and resources of these communities, which marks the starting point of this text, in a situation of social emergency that impacted mostly the population over 70 years old and subjects with chronic pre-existing diseases that have shown some fragility in social and health protection services.

All the STs were pleased and interested in being part of the proposal, participating in the project through the interviews. Their commitment and willingness is inferred.

The questions are related to awareness, perception of awareness during the pandemic, the context, the ethical and political dimension and the position of public and private, national, local and international leaders and decision makers, the theoretical framework of their profession, governmental support and their professional practice in risk situations.

Reflecting and participating in awareness-raising, from Social Work implies reaching the existing potential to overcome the problem-situation.

From the awareness and development of these concepts, each researcher will be able to relate the thematic proposed in the interviews, which arise from this Project.

The Social Worker in times of Pandemic, through the analysis of the situation, a multidisciplinary team action, commitment, networking, reflection, can reach possible changes in different aspects that should be modified and providing their professional work as a necessary contribution, but also in their intervention should make the necessary criticisms rethinking the way to intervene in the face of this pandemic.

A little bit of history in the Argentine Social Work Career

This research, besides being a proposal with very specific objectives, may perhaps be a space open to reflection, to the discussion of the professional collective on the identity, origin, choice, and development of the profession.

I believe that inquiring about identity processes and their social representations in Social Work is somehow related to the historical construction of this profession, and for this reason, a journey is made along a timeline.

It is noteworthy that the history of Social Work in our country has gone through great transformations, from the first charitable actions carried out by the church and ladies of high society, and the different periods in which several military governments that curtailed democracy and freedom in Argentina broke in, as detailed below:

- José Félix Uriburu 1930-1932
- Self-named Revolution of '43 , 1943-1946
- Self-styled Liberating Revolution 1955-1958
- Dictatorship 1962-1963 only case in which it was headed by a civilian José María Guido
- On March 24, 1976, the government of María Estela Martínez de Perón was overthrown by a coup d'état led by the Armed Forces.

The period between 1830 and 1890 was important and it is in this period that the Education Law 1.420 (1884) was sanctioned, establishing a common, free and compulsory primary education, in a historical context that led to its enactment, giving importance to the repositioning of women and their social task. It also gave rise to the current education, taking some power away from the church and its actions with the community.

With Sarmiento, president of our country, a time of immigration, it modifies in a certain way the charitable action to women, the Esposito houses are born, the current Casa Cuna, Hospitals like Pedro Elizalde, Homes for orphaned children, Gutierrez Hospital, Santa Lucia Hospital, Women's Hospital, current Moyano Hospital, being the State mostly present to the different needs. In 1943, the State limited charitable actions to the Sociedad de Beneficencia, as explained below.

In 1924, the first Career of Social Hygiene Visitors was created, and in 1930 the School of Social Service was created, both under the auspices of the National University of Buenos Aires.

In 1947, the Government of Juan D Perón intervened the Beneficence Society, becoming dependent on the National Direction of Social Assistance with the strong figure of Eva Perón (wife of President Juan Perón). Its assets were expropriated, organizing changes and inserting the first Social Assistants in the labor field, becoming a "more recognized profession".

In this context Svampa (2005) gives an account of a National and Popular Model of Integration that took place during the first Peronism (1945-1955). This period was characterized by import substitution, recognition of social rights and social homogeneity with the inclusion of the working class and expansion of the salaried middle classes.

In this sense, the profession of the TS is having its restrictions and in the face of the lack of responses to society, a new conceptualization of Social Service as opposed to Social Work began to take place in 1965.

Then, starting in the 1970s, changes in the economic order took place. The first attempt was made after the death of President Perón in July 1973. There, his wife María Estela Martínez

took power. On June 4, 1975, his Minister of Economy Celestino Rodríguez promoted a deep adjustment with inflation and devaluation, increasing the tariffs and limiting the bargaining process. This was an unprecedented event in Argentina, an attempt to put an end to nationalist and reformist policies. During the 70's and 80's, while dictatorships were being installed in other countries of the region such as Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Brazil, among others, guerrilla and armed conflicts were also expanding.

It is necessary to consider this background in order to understand the implementation of policies framed within the neoliberal program.

Consequently, these dictatorial governments, in order to impose an economic restructuring plan, not only aimed at the extermination and disciplining of some sectors, but also generated indebtedness, deindustrialization and unemployment with serious repercussions on the social and productive structure of our country.

With Alfonsín's government (1983-1989), not only democracy was restored in our country, but there was also a fall in foreign investments, capital flight and inflationary record, causes that led to the president's early retirement. Therefore, in the midst of a structural crisis, with an impoverished society, plagued by social inequalities and polarized, the government of Carlos Menem (1989-1999) succeeded him. His policies, recommended by international organizations (Svampa 2005), deepened the model involving more than 20% of the population unemployed.

As opposed to citizenship with the enjoyment of rights, this model proposes a figure of *non-citizenship* to the most vulnerable sectors. As the author assures: "[...] this process of de-citizenship includes not only the political-social dimension (referring to the loss of social and labor rights), but also the political dimension (participation and access to decisions) restricting, among other things, the participation of subjects and popular organizations in the space of collective decisions" (Svampa 2005, p. 76).

Faced with the loss of labor rights, targeted social policies were implemented, developing a resocializing dynamic, showing that their function was not only aimed at managing basic needs, but also at controlling the lives of the population most affected by unequal economic conditions.

The year 2001, remembered for a great crisis, was the scene of an important social dismemberment, characterized by the loss of social status of a large part of the Argentine middle class, thus producing an impoverishing process of this social sector, which entails not only a material but also a symbolic exclusion. The middle classes become poorer, lose their jobs and their socialization environments are modified. Social containment is evidenced by the wide distribution of social plans. In cities and towns all over the country, neighborhood cooperatives and bartering (exchange of services for food, for example) begin to emerge, being the STs fundamental figures for the organization of the different communities, in the face of one of the strongest crises in our country.

From 2002 onwards, the new plans (compensatory subsidies) showed a continuity with the previous model, transforming the welfare-participatory citizenship model that neoliberalism granted to the excluded. According to Svampa's contributions, within the framework of this excluding society, popular organizations were able to develop new forms of participation, the unemployed from the depths of social decomposition developed new forms of struggle and territorial self-organization. These were expressed through the occupation of public space, protests in the squares, street and road blockades, popular assemblies during the Crisis of 2001.

The above described leads us to question the role of the social worker. Therefore, Social Work in Argentina must be understood from a critical perspective of the social relations of capitalist society, which often have to do with the great social inequalities, looking for ways from this profession with a great commitment to human rights and the deepening of the democratic state.

In relation to professional practice, this went through different conceptions throughout the different contexts described until 1995, when the Mercosur Committee of Professional Organizations of Social Service or Social Work was formed. This Committee was formed by Argentina, Brazil, Uruguay and Paraguay with the purpose of strengthening the philosophical, ethical and political guidelines of the profession for the professional organizations of Social Work in Mercosur. Subsequently, Law 27.072/14 on professional practice was enacted in our country, which is still in force (Fink-Mamblona. p. 67-69).

On the other hand, in order to analyze the social transformations that took place during this period of crisis in Argentina, it seems appropriate to bring Merklen's contributions in reference to the categories *disaffiliation/reaffiliation*, who characterizes this process as "disaffiliation" in order to name the social sectors that were expelled from the productive sector and the social linkage generated by having a source of labor. The author points out that the impoverished sectors established forms of reaffiliation by means of territorial links through social movements, piquetero movements, which sought under different modalities of collective social organization to reestablish the social rights lost during the present neoliberal stage.

The space where the struggles for lost social rights were inscribed was the neighborhood territory, where people sought reaffiliation through different activities with social organizations that allowed them to obtain benefits and social aid (targeted assistance programs) as well as to establish solidarity links between fellow members of social movements.

Subsequently, the organizations sought to be recognized by the State and to manage part of the social aid provided by the national and provincial governments. Faced with this situation, the State changed its strategy, since at first it confronted neighborhood and popular organizations, but later, in view of the diversity of demands, it changed to a strategy of co-optation and cooperation, which led the organizations to manage part of the social policies.

In this neoliberal period it is interesting to remember the political and economic interests of the International Organizations, who sought a social disciplining, maintaining an army of unemployed ready to replace the fallen of the working class.

Regarding the stage between 2000 and 2015 mentioned by Thwaites Rey, he states that from the year 2000 onwards in the Latin American region, a critical stance against neoliberalism was taken, seeking to reestablish the weight of the State in the public sector and in strategic sectors of the economy of each country, with its nuances and specific forms of materialization.

Thus, in a post-neoliberal context, still marked by a strong globalization expressed through supranational instances in our region, there were processes of nationalization of private companies, constitutional reforms in some countries, expropriations, legislation of new social rights, so we can say that despite the existence of pressure from supranational powers, nation-states have some autonomy and sovereignty to deploy actions in their territories.

The contributions of the different authors presented above provide us with theoretical frameworks to rethink the social representations on the role of the SC.

The pandemic and action of Social Workers:

The design of the present investigation, in accordance with the International Project mentioned above, exposes the process of awareness of the Covid-19 pandemic in the six SWs of Argentina included in this point.

The following table shows the profile of the participating TSs and different technical data for subsequent analysis⁸⁸.

Social Worker	Intervention Agency	Seniority/ Institution	Function	Interview by
1	Health Munic.	17 years	Island equipment	Video-confer.
1	Ministry of Justice	10 years	Team	Video-confer.
1	Ministry of Education	20 years	Social Advisor	Video-confer.
1	Ministry of Education	19years	Social Advisor	Video-confer.
1	Ministry of Education	21 years old	Social Advisor	Video-confer.
1	Univ.Nac.Luján	1 year	Student Trainee	Video-confer.
Total: 6				

Before being interviewed, all the SWs were informed about this international project, guaranteeing confidentiality conditions. Their valuable contributions would have academic and scientific use, being the process of awareness raising a highly valued aspect of professional reflection. We thank the colleagues interviewed for their commitment, flexibility and time.

There is coincidence in the description of the interviewed SWs referring to the beginning of the pandemic in February 2020 and its rapid spread, textual words of two of the interviews are presented, they emphasized that what began as a quarantine extended to the total closure of schools and universities in that year, that the health institutions attended the cases of Covid-19 and very few cases of patients with other pathologies. There was a rapid increase in the number of cases despite the ban on going out. The information came from the media, which according to the source were different, and the Ministry of Health emphasized "not to go out", rather than clear explanations about the virus, which on the other hand, according to virology specialists, were antagonistic. This was stated by those interviewed:

"When in Argentina, we started to hear about this pandemic, it was seen as something that was in the East and would not reach the American continent, especially South America. (SW)

"In addition, our Minister of Health, Ginés García, said that it was a virus that would not reach our country, and that we were prepared here, which was not true either. In Buenos Aires there were more health centers and hospitals, but in the interior of other provinces, there was not enough infrastructure, nor intensive care personnel to attend many cases, a reality that was later proved." (SW)

The moment when I began to consider the seriousness of the matter is when the WHO declared the pandemic as such, and thus the increase of cases in Argentina and other

⁸⁸ Table prepared by the authors. Source Interviews SW

countries. This state of awareness of the seriousness of the pandemic was progressively settling as I saw the quarantine measures being extended in Argentina, and thus the restrictions on socio-human activities. (SW)

In order to answer this question, it is necessary to go back to the beginning of the pandemic, which was not perceived as such until late February and early March 2020, where the media showed the consequences it was causing at that time in Europe and the speed of its spread. The consequences were catastrophic, affecting the entire population, regardless of sex, age or race. (SW)

If we analyze the confidence in the authorities and the time in which they became aware of the reality, two months passed, the health policy according to the SWs was not enough and marked different situations in the Federal Capital and the rest of the provinces and the interior of the country. Almost no testing was carried out, in spite of WHO recommendations, which advised follow-up and measurements of infected persons. The data arrived in Buenos Aires from the different provinces with a long delay and the messages of the media "blamed the citizens for going out or disobeying".

All the interviewees became aware of the situation in advance, since in other countries (Europe) there were many cases of contagion and deaths, and being in confinement made them think of something very difficult to prevent and unknown.

This can be seen in the sayings of the SWs:

As the situation worsened, worldwide and in Argentina in particular, with regard to the cases, but also to the lack of supplies and insufficient health personnel for the demand. We also became aware of the number of people known to have been infected and some of them died. It also contributed to the fact that the population was unable to continue working and was more complicated, and the State's policy to assist the population was not sufficient. (SW)

The severity of the pandemic, perceived as such, occurred at the end of March and beginning of April last year. Although it is known that its beginning happened in January of that year, being different from Europe, I interpreted that its effects were not going to affect our country (Argentina), which did not happen. Becoming aware of this situation, the speed with which it was spreading throughout the world expressed the magnitude of this virus and its harmful effects, not only to health but also to the environment (work, social, emotional) of human beings. It was precisely the latter that put in check that it was not just a flu, but a virus whose speed of spread and effects on people were harmful. (SW)

Public hospitals in the province of Buenos Aires were insufficient, as were human resources.

Commitment and management

This point can be analyzed taking into account the responses of the SWs, that the articulation with other institutions was a fundamental axis in the face of the lack of response from the authorities, as shown in the following transcript:

Contact was intensified by telephone and by platform in order to provide some resources provided by the states. We articulated with several institutions to be able to respond to

the different needs (with little success) and we worked with listening and problematization of different demands. It is important to point out that the interventions carried out by SW were affected by the non-response of the states and therefore produced greater discontent among the population. On the other hand, when receiving few answers from the state, the community became empowered and the SW also participated in this. (SW)

Therefore, it was clearly seen that the community was empowered, being the SWs the ones who accompanied this process, lines of action were proposed, managing the promotion of workshops (violence, gender violence, comprehensive sexual education), follow-up and referrals in cases that needed it, proposing a deeper virtual communication (as long as the families had internet), in this sense, communication was considered a challenge. That challenge was to be able to plan a communication scheme that included students without internet or with weak signals. But the importance of this communication also had to be face-to-face due to the need for food or medication for specific treatments that some families showed: this was the case of the students from the islands, for example, since the boat did not come regularly.

Specific actions were aimed at contacting families through the updating of data, their registration form, enrollment in order to create a new database that includes telephone numbers of friendly neighbors, social networks and the neighborhood network. This is clearly observed in the voice of one interviewee:

How to communicate with our students and their families, knowing that most of them do not have access to internet, do not have technological devices according to what was going to be needed, or had only one for a large family, did not have landline phones. (SW)

The greatest difficulty we encountered was with the first year students, since they have less commitment to both the institution and the educational process. Generally, they are, young people and adults who enroll in the school, after repeated failures in the educational system, so they arrive without expectations, to get to know a new experience and see how they are doing. (SW)

As explained above, the first thing was to plan communication with students and families. Before the Pandemic, this exchange took place naturally in the school environment. My first function as SW was to set up a data agenda, to organize priorities, to verify the data in the school registration forms. The contact was with about 75% of the first year students, some of them by telephone, others by cell phones. An explanation was given about the situation and that we would use social networks (Facebook and Instagram). Academic activities were shared and if it was possible for them to communicate with the missing classmates. (SW)

The role of the SW as a prevention agent was also evidenced in the interviews, as well as in the incorporation of hygiene habits, use of alcohol, disinfectant and social distance, not sharing mate (a deeply rooted custom in our country), workplaces with different provisions that incorporate two meters of distance between them, among others, warning signs and informative material displayed on doors and walls. Some of the SWs acted using "common sense" when orders did not arrive quickly and operationally. In many cases, this behavior helped people not to panic.

Experience, learning, proposals for training in Social Work

Knowing that social reality is dynamic, complex, the interviewees consider that there should be a powerful theoretical framework to work on action research. In this sense, the collective work with other institutions and local leaders, governmental and non-governmental organizations, in addition to the academic field offered by the university, among others, offers many strengths, according to what was expressed by the interviewees:

To be able to work as professionals in the design of Public Policies should be an objective to create, we are workers that all the time we are next to vulnerable people, elderly, deprived of freedom, in street situation, in schools, in Health Centers, Justice and others that really should listen to the information we collect every day of work. (SW)

One of the aspects revalued by the SCs refers to "planning" if we understand it as a process that forces them to reflect on the best ways to establish good practices, as a reflection of the SC on the different components of their practice, bringing into play all the knowledge they have from their experience in the role, as expressed by interviewees.

Another aspect that emerges from the interviews is that in the first months of mandatory isolation, the government and authorities of the Ministry of Health tried to instill fear in some way. For the mentioned authorities, the citizens would be directly responsible for the contagion. Neglecting the attention to the emotional and psychic sphere, the results of which can be observed today. The STs as a whole have adhered to different initiatives, which show a new way of intervention with new protocols, new physical spaces, different means of communication, digitalization, networks, team work. On the other hand, it is indicated and highlighted that it is necessary to work on the impact of the pandemic with a greater number of tools, therefore it is important to work on these issues in the Universities that train the STs, in the professional Colleges to have specific methodologies for these critical situations, reflecting and sharing with peers, being clear about the discourses and hierarchizing professional practice, systematizing academic resources, preparing professional leaders who can intervene and manage not only individually, but in multidisciplinary work teams, recognized as another member of the team and not, as sometimes happens when their role loses visibility.

Having resources, professional exchange, the possibility of having organized data on the experiences carried out would be another aspect to develop. Another consideration to be reviewed is to change the postures that sometimes persist of assistentialism in the first place. (SW)

In addition to the above, the debates about welfare, messianic or fatalistic postures, which are a challenge to professionals because they hinder their practice, is expressed:

From teaching, I believe that it is necessary to strengthen the importance of group work and the need to have a planning, understanding that it is not static and can be modified. (SW)

In pandemics, in some situations only material resources were managed, losing the possibility of the face-to-face interview, the look, which in spite of the pandemic was often as important as the vaccine. Learning to lead and manage without teams is much more difficult in critical moments, also the emotional part of the Social Worker must be taken care of. (SW)

CONCLUSIONS

This research has shown the importance of the social work of the SWs and, in parallel, their commitment and professionalism in the face of situations such as the current pandemic.

After analyzing the interviews and taking into account the role, the social work and the context in which this sample has been developed, it can be inferred that the interviewed SWs, according to their information, have been afraid of the pandemic and have not had specific preparation to face it, but, after becoming aware of it, there is a need to redouble efforts to fight for the improvement of the most vulnerable sectors, from a profession that day by day has a more scientific than assistance point of view, trying to change some situations, even if they are partial.

It was difficult to accept a completely unknown reality, to have uncertainty in the face of an unknown disease, with an absence of treatments, a great deal of morbidity, a confinement that was difficult to accept, and to receive disparate information.

The SWs interviewed experienced critical moments from the beginning and during the pandemic at the personal, family and professional levels.

They felt that the time between awareness, realization of what was happening, and their action was too fast. They suffered from the disturbing news, and the unclear and changing actions of the various health authorities.

The change in their way of working was also shocking, leaving aside the interviews, home visits and starting teleworking was a drastic change. Not having enough resources to meet the demand produced anguish, in addition to the extension of the daily work time.

Each SWs knew how to address the social emergency, but at the same time it was giving rise to a professional accompaniment, in the face of the devastating economic situation, the lack of classes for children and young people, in the care of the elderly without close family and the appearance of more family groups without housing.

The different actions developed by the SWs from each one of the services contributed to each one of the families and subjects being attended, accompanied emotionally, providing the coverage that could be provided, health care, in the mourning and being links between the institutions and the people of these communities.

We had to fight against structural bureaucracy, lack of supplies, permanent indications and contraindications, and contradictions.

Each SW struggled in the face of their own fears, reaching work limits and expanding them, feeling tired and lonely.

Somehow their work is not very well recognized, despite their positions, commitment and ethics, is their appreciation.

Health, education and justice have deteriorated for several decades, which have increased in the face of this serious situation and it is clear when observing how the general population at the beginning of the year 2020 had confidence in the authorities, and with time and some actions committed by the political power deteriorated and questioned that action or lack of ethics.

A call for the construction of a new leadership model that replaces the political culture in general by proposing confrontation with a culture of encounter and consensus, which is so necessary in the context of the crisis caused by the Covid-19 pandemic.

It is necessary to bring to the same table all the actors of power involved in the central issues of the life of the nation and specifically the social workers, who intervene in the territory, in the design and planning of their work, and thus be able to think and develop plural public policies, stable over time, that lay the solid foundations to empower families and develop autonomy in their daily lives, regardless of the political color of the government in power.

Therefore, from this place where this research project can be investigated and shared, I think that it should be deeply questioned, knowing that the intervention is built from these questions, accommodating itself to these new complexities.

To be able to start thinking from collective action and from an interdisciplinary approach, about this disease cannot be thought only from medicine, biology or psychiatry, since it is totally socially cross-cutting, with a high impact both from the individual and singular as well as in terms of the territorial, and why not worldwide.

Finally, in the face of this possibility to investigate, analyze and share different international experiences that give way to deep learning, admiration, respect and affection among the colleagues interviewed and the researchers, there is a THANK YOU.

REFERENCES

ALAYON N(2000). Acerca del Trabajo Social. Bs As Edit. Lumen Humanitas.

CAMÚS, J. D. (2016). Las emergencias sociales: Fundamentos e Intervención. Un abordaje desde una disciplina interdisciplinar. ACCI, Asociación Cultural y Científica Iberoamericana.

CONSTITUCION NACIONAL, REPUBLICA ARGENTINA.

Decreto 615/2020. Prórroga. Decreto 1055/2020. PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.) (BO 31/12/2020). Empleadores actividades de salud.

Decreto 300/2020. Prórroga. Decreto 1052/2020. PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.) (BO 29/12/2020).

DOUGLAS, M. (1996). La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales. Edit. Paidós.

HUSSERL, E. (1986). Ideas relativas a una fenomenología pura y a una filosofía fenomenológica. México: Edit. FCE.

KARSZ .S (2006). Pero que es el Trabajo Social. Vol. V. Facultad de TS.UNER.

KISNERMAN N, (1989). Teoría y práctica del T Social. Edit. Humanitas.

LEY 27.573. (BO 06/11/2020) LEY DE VACUNAS.

LEY 27.605. HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN ARGENTINA (BO 18/12/2020).

LOWEN A. (1985). El lenguaje del cuerpo. Barcelona: Edit. Herder

MINISTERIO DE SALUD : Disponible in: <<https://www.argentina.gob.ar/>>.

OMS: INFORME OUTRIGHT /2021. Panel de situación de la enfermedad por coronavirus (COVID-19).

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) Pag. Web, inicio.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2020). Statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Disponible en: <[https://www.who.int/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))>.

PERLS F. GOODMAN, P. y HEFFERLINE, R.F (2002). Terapia Gestalt: Excitación y Crecimiento de la Personalidad Humana. Madrid: Ed. Los Libros del CTP.

PRADO I. (2006). Dinámica de Grupos y Percepción Continua: Un modelo de intervención gestáltica en grupos de crecimiento personal. Cochabamba: Edit. CEGCO.

Prórroga del decreto 99/2019. LEY DE SOLIDARIDAD SOCIAL. Decreto 1057/2020. PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.) (BO 31/12/2020).

REVISTA TEXTOS & CONTEXTOS. Porto Alegre. v.6, n.1, p. 34-68. jan /junio 2007.

ROBLES C. (2013). Trabajo Social como elección profesional. Buenos Aires, Edit. Espacio.

SEJAS PRADO I. Psicólogo, escritor, docente universitario y presidente del PEN COCHABAMBA.

VYGOTSKYJ, L. (1989). El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Barcelona: Crítica.

Author's data:

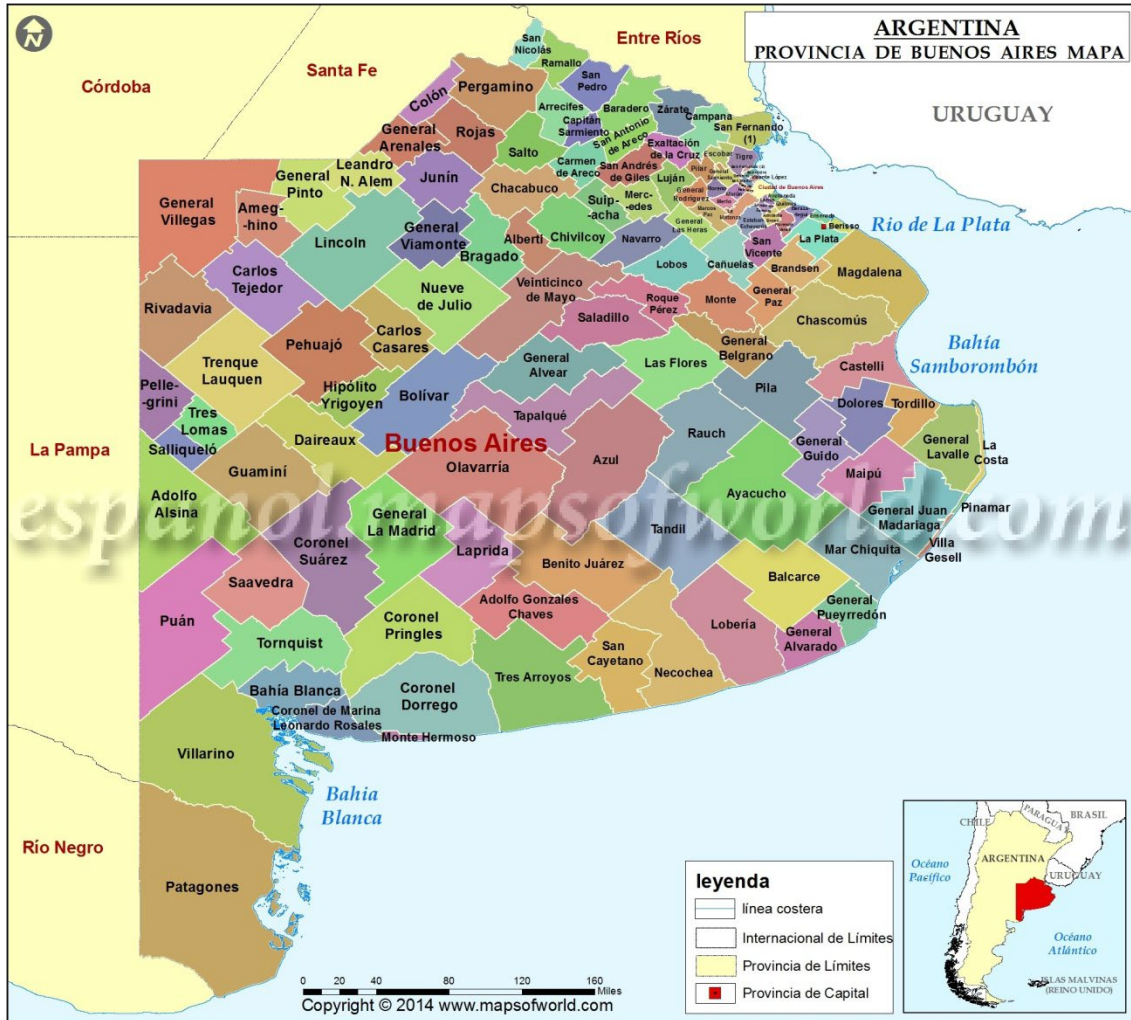
Diana Margarita Crisistelli, resident of Buenos Aires, Argentina.

Diploma in Social Work, with a degree in Management and Organization E. Teacher in Special Education and Common Education. Judicial Expert. Post-graduate degree in Contexts of Confinement. Youth and Adults.

Transdisciplinary team work in primary, secondary, youth and adult schools until 1997.

Inspector of Special Education (1997-2005) in the Province of Buenos Aires. Inspector of Youth and Adults (2006-2020) in the District of Tigre, Buenos Aires. Currently retired.

ANNEX



Reference: map of the Province of Buenos Aires, Argentine Republic where the research was carried out (District of Tigre), year 2021-2022.

BRAZIL

The Brazilian Social Work and the Covid-19 Pandemic: Raising Awareness, Theory and Practice

Alexandra Mustafá⁸⁹
Elizabeth Alcoforado⁹⁰
Gisele Caroline Ribeiro Anselmo⁹¹
Márcia Iara Costa da Silva Rego⁹²
Ramiro Dulcich⁹³
Salyanna de Souza Silva⁹⁴

INTRODUCTION

The Research Theory and Practice of Social Work in the World in Times of Pandemic was developed in Brazil with the participation of 13 researchers linked to the following universities: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, Universidade Federal Fluminense - UFF, Universidade Federal da Paraíba - UFPB, Universidade de Pernambuco - UPE and Universidade Federal de Alagoas - UFAL.

A total of 25 online video reports were carried out in which 45 social workers from the states of Pernambuco, Rio Grande do Norte and Alagoas in the Northeast, Minas Gerais and São Paulo in the Southeast and Amazonas in the North were interviewed, as can be seen in Graph 1.

Most of the professionals interviewed are concentrated in the state of Pernambuco, including professionals working in the Metropolitan Region of Recife and in the interior of the state, in the cities of Recife, Moreno, Jaboatão, Paulista, Garanhuns, Vitória de Santo Antão, Gravatá and Caruaru. Social work professionals work, respectively, in the following socio-occupational areas: Health - 51%; Assistance - 14%; Social Gerontology - 13%; Education - 11%; Social Welfare - 5%; Socio-Legal - 2% and Human Resources - 2% (Graph 2).

⁸⁹ Professora da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e Coordenadora da pesquisa da qual o presente livro é um dos frutos.

⁹⁰ Professora da UPE (Universidade de Pernambuco).

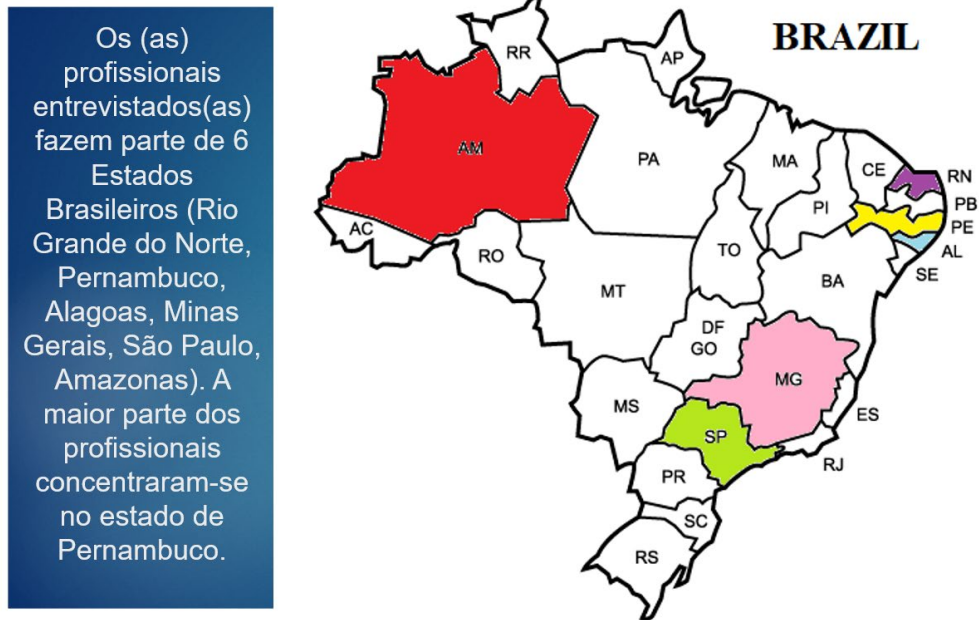
⁹¹ Professora da UFPB (Universidade Federal da Paraíba).

⁹² Professora da UFAL (Universidade Federal de Alagoas).

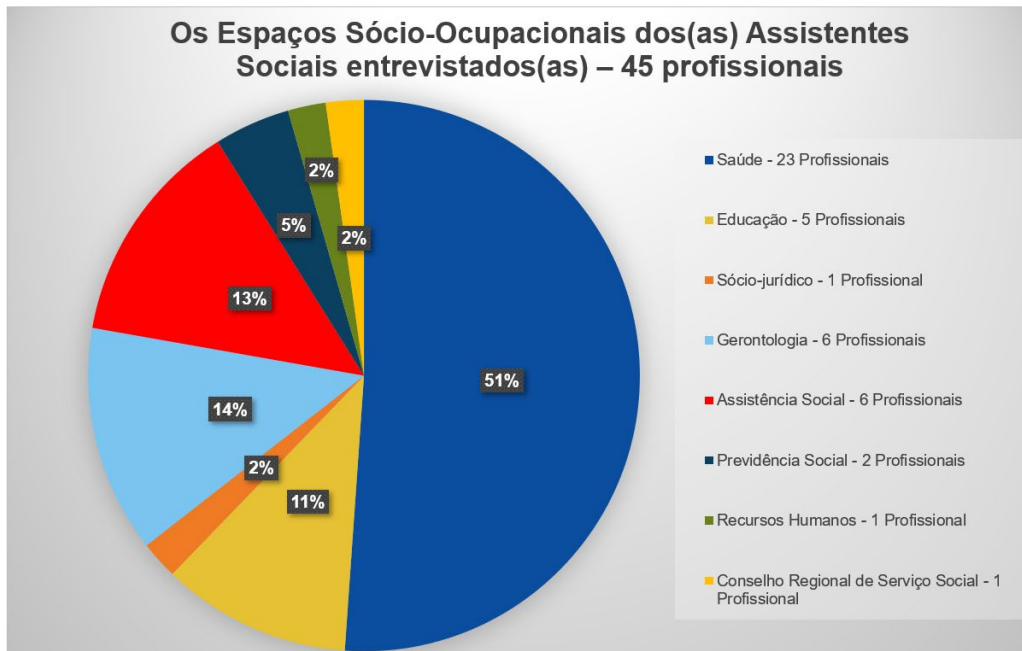
⁹³ Professor da UFF (Universidade Federal Fluminense).

⁹⁴ Professora da UFES (Universidade Federal do Espírito Santo).

Graph 1 - Geographical Distribution of the Professionals interviewed in the Crivando a Pandemia Program



Graph 2 - Socio-occupational Spaces of the Professionals interviewed in the Crivando a Pandemia Program



This summarizes the analysis of the interviews carried out by the team of Brazilian researchers.

We began by systematizing the central categories of the research: awareness of the seriousness of the pandemic, actions taken by social workers to deal with the pandemic and, finally, the lessons that this experience brings to Social Work training, to dealing with calamities and pandemics and to the professional and personal lives of those interviewed.

The program "Crivando a Pandemia" (Sifting the Pandemic) was created, broadcast on the IASSW-BRASIL Channel⁹⁵, whose Playlist is available on YouTube.⁹⁶

Awareness of the Severity and Lethality of the Pandemic

The Sifting the Pandemic Program had an important impact on those interviewed. Statements made during the interviews revealed that the program was a key moment for those who were immersed in the challenging practice of working as a social worker during the pandemic. For example, Luana Andrade said that the program was very important:

[in] a moment of reflection on practice at this time of so much relief, of health crisis, humanitarian crisis, social chaos and political and economic crisis. It's very important for us to have small moments of reflection, even to revive our strength and rethink our practice⁹⁷.

It is also worth considering that the sequence of questions made it possible to recall the pandemic process, insofar as it materialized as a mnemonic movement, in which the interviewee placed themselves in a mental position capable of evaluating that automatic process within their consciousness and paused to reflect, in an effort of cognitive self-observation, in which they recalled the moment they became aware and the moment they really became aware of the seriousness and lethality of the pandemic.

The data shows that the media (television, information technology - Facebook, WhatsApp, etc. - and newspapers) generally made people aware of it. The news was broadcast as if it were a communicative virus of unknown origin, initially spread in the city of Whuan in China in December 2019. This first version of the facts led the Brazilian population to think that it was something far away and could not have reached Brazil. When the news broke that the virus had begun to spread in Europe, especially Italy, there was apprehension about the possibility of it spreading rapidly to our country, but this was not immediately alerted by the national health

⁹⁵ The IASSW-BRASIL Channel was created in 2020 to serve as an instrument of interlocution between the International Association of Schools of Social Work (IASSW/AIETS) and Brazilian Social Work, with the aim of broadcasting information, dialogues, *Lives*, programs, videos on World and National Social Work, in order to contribute decisively to the process of globalization and internationalization of Social Work. On this channel, in addition to the Crivando a Pandemia program, there have already been *Lives* such as "IASSW-ABEPSS: Expanding Relationships", which included the participation of IASSW President Annamaria Campanini, ABEPSS President Rodrigo Teixeira, and International Relations Representative Ramiro Piccolo; *Lives* launching books produced within GEPE (Group for Studies and Research on Ethics); *Lives* pronouncing IASSW positions on inequalities and human rights, Seminars with the participation of Italian and Brazilian Intellectuals on other research developed within GEPE and Programs on issues concerning Brazilian and global Social Work.

⁹⁶ Cfr: <https://www.youtube.com/playlist?list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3>.

⁹⁷ Crivando a Pandemia Program No. 05. Available at: <<https://www.youtube.com/watch?v=Zv18QKkPnC4>>. Accessed on: July 24, 2022.

authorities or the television media. It's worth noting that, according to the Pan American Health Organization (PAHO):

On January 30, 2020, the WHO declared that the outbreak of the new coronavirus constitutes a Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) - the Organization's highest level of alert, as provided for in the International Health Regulations [and that] on March 11, 2020, COVID-19 was characterized by the WHO as a pandemic⁹⁸.

This data is important to show that, on the one hand, the government authorities' measures were late, contradictory and inefficient in relation to what was disseminated by the WHO and, on the other hand, to demonstrate the great capacity for predictability and a preventive attitude on the part of the social workers interviewed.

On February 3, 2020, Ordinance 188⁹⁹ of the Federal Government recognized the state of PHEIC, but the same government did not recognize the seriousness of that alert until it responded promptly and positively to the WHO's recommendations, which include prophylactic measures to be implemented by the State in order to prevent or reduce the spread of the disease. This can be seen in the pronouncements made to the press and in the fact that the Carnival festivities took place in Brazil without any precautionary measures, in terms of controlling the entry of tourists through airports, cruise ships and ports, and that the population was exposed to the risk of contagion through crowding and contact, especially with foreigners who entered the country to play Carnival. In this regard, for example, an important Brazilian news portal reported, based on a statement by the then Minister of Health, Luiz Henrique Mandetta, in January 2020 that:

[...] the Ministry of Health also says that, to date, no suspected cases of undetermined pneumonia related to the situation in China have been detected in Brazil. The Ministry informs that it has been monitoring the situation daily with the WHO and that it has activated an emergency operations center to monitor possible suspected cases. Among the actions already taken are notifying the ports, airports and borders area of Anvisa, notifying the surveillance area of Mapa (Ministry of Agriculture) and notifying health departments. So far, no travel restrictions have been recommended. (Folha de São Paulo Date: 26/01/2020)¹⁰⁰.

The virus may act differently in China, in the biome, in the Chinese ecosystem compared to Brazil, which is a tropical country, which is in summer, we have sun, high temperatures. We have some unanswered questions, but the moment is one of calm, tranquility," he explained. [...] *Carnival is a concern. We have hundreds of ships coming to our coast during Carnival, we have international flights. There is no specific recommendation.*

⁹⁸ PAHO. **History of the COVID-19 Pandemic**. Available at: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>. Accessed on: January 23, 2022.

⁹⁹Federal Official Gazette. Published on: 04/02/2020, Edition: 24-A, Section: 1 - Extra, Page: 1. Body: Ministry of Health/Minister's Office. Available at: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>>. Accessed: January 23, 2022.

¹⁰⁰ FOLHA DE SÃO PAULO. Available at: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/01/bh-diz-ter-caso-suspeito-de-coronavirus-mas-ministerio-da-saude-diz-que-e-alarme-falso.shtml>>. Accessed on: 23 Jan. 2022.

The recommendation is to wash your hands, to be as hygienic as possible. In short, have common sense because there is a new virus in the world. We can't stop life," said Mandetta. ¹⁰¹

Such erroneous guidelines, coming from the highest government authority in the field of health, left the population ill-informed and without a safe reference to know how to behave in the face of that phenomenon, since the media also took an unscientific attitude and disseminated common sense, causing widespread panic that also spread among professionals, as Kylvia Martins states:

my greatest awareness of this pandemic came at the time of this bombardment of information. So what came back to us was: what is happening? Many deaths in people with chronic diseases and many deaths in elderly people who are institutionalized. This would directly affect me. So, as a woman with chronic illnesses, my fear was terrible. My fear of dying, of leaving my daughter, of how I was going to live, survive in the face of what was happening. But then came my fear as a professional. [...] because this information was directly within my workspace¹⁰².

However, in contrast to this lack of action at government level, the social workers revealed their sense of caution and their vision of the whole, to the extent that, when faced with the evidence of the facts, they told their work teams, their families, etc. that the virus could indeed reach Brazil:

It started there in Wuhan, something very small, but when I saw the measures that were taken¹⁰³ [1. Lockdown of cities; 2. Quarantine; 3. Drone alert; 4. Construction of temporary hospitals; 5. Suspension of the sale of medicines; 6. Money laundering (cleaning up)]: the construction of hospitals, the lockdown issue, them already wearing masks, already talking about barriers, closing airports, a whole measure, a whole plan so that the virus wouldn't spread, then at that moment I was sure that it was something that would really hit the whole world.¹⁰⁴

The veracity of the information about the seriousness of the problem remained in doubt. We didn't really know what was going on. I knew it was an epidemic at the moment; it was restricted to that Asian region and I saw that they had quarantined it there and I was a bit anxious, but I thought they would be able to contain it. But when Europe closed its borders to Asians, I realized that it was much more serious than I thought and that the virus was circulating across country borders and if measures weren't taken, it would easily reach Brazil. I called a social worker friend who has family in Italy to ask what was happening there. She told me that she was desperate

¹⁰¹ UOL. **Minister: coronavirus worries at Carnival, but there's no stopping life...** Available at: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/01/31/ministro-coronavirus-preocupa-no-carnaval-mas-nao-tem-como-parar-a-vida.htm>>. Accessed: May 13, 2022.

¹⁰² Crivando a Pandemia Program No. 13. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=NE5bdRC7pAc&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=13>. Accessed on: July 24, 2022.

¹⁰³ GAZETA DO POVO. **6 unusual measures adopted by China to contain the coronavirus.** By Isabella Mayer de Moura 17/02/2020. Available at: <<https://www.gazetadopovo.com.br/mundo/6-medidas-incomuns-adotadas-pela-china-para-conter-coronavirus/>>. Accessed on: July 24, 2022.

¹⁰⁴ Crivando a Pandemia Program No. 13. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=NE5bdRC7pAc&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=13>. Accessed on: July 24, 2022.

and that the people there were locked in their homes, unable to go out... then I thought what is a quarantine? I was very upset. When people started talking about 400 deaths a day in some places, I knew it was going to happen here and I told my family. They told me to calm down. It hadn't been declared a pandemic yet, and I trusted that it would stay regionalized; but when the funeral crisis happened in Ecuador, with dead people in the streets, I panicked. I panicked a lot. I wondered how, with a government like that, we were going to deal with the situation. That's when I started to prepare myself, getting masks, alcohol, everything! Then, when the WHO declared a pandemic, and the impact was the lockdown decree.¹⁰⁵

Social workers believed that airports should be closed and crowded festivities, such as Carnaval, should be canceled. Social workers who work in the health and education sectors, particularly in infectious diseases reference hospitals or in epidemiology, were the most preventive, as they have experience of endemic and pandemic situations, as the social workers' statements make clear:

I worked in a hospital with infectious diseases in a referral hospital for eight years, so I had a certain familiarity with infectious diseases. I experienced the H1N1 disease in 2009. So I imagined arriving here and, as a health worker, we already talked a lot, aware that there was a very high probability of arriving here, considering that Brazil hadn't taken any measures to close its borders, and the big fear was what it would be like, considering the precarious structure of the health services? We looked at our equipment and panicked, at the lack of the state's capacity to provide security equipment, we saw the reality in China and Europe, and we realized that we wouldn't have this workforce - we don't have it to deal with diseases like tuberculosis and leprosy, dengue, so.... I was very alert. In February, during the Carnival period, I talked to my friends a bit about how things could get bad later on.¹⁰⁶

The first death in Brazil occurred on March 17, 2020. The first death in Pernambuco was striking, we knew it affected the elderly and the news was alarming. The example of Italy painted a terrible picture for Brazil. We set up a solidarity network at the university and in the family health program, where there were several health workers. From then on, we would live in a permanent situation of health and epidemiological surveillance... they said that there would be more than 400,000 deaths in Brazil. I thought it was going to be very heavy. I began to immerse myself in the research underway in the health sciences and social sciences, the statements by the group's health experts, who estimated 600,000 deaths; it seemed like something that wasn't real and concrete. I understood that 2020 would be a year of remote life for those who survived, like us; of remote life, remote work, reclusive life and, at the same time, it would be a year of unimaginable

¹⁰⁵ Crivando a Pandemia Program No. 2. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=HHNvbRmHdEo&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=2>. Accessed on: 25 July 2022.

¹⁰⁶ Crivando a Pandemia Program No. 15. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=7AUgjbZXOs8&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=15>. Accessed on: July 24, 2022.

human losses and the disruption of the society we knew. I understood that it was a crisis never seen before.¹⁰⁷

In fact, many of the interviewees became aware of the disease when the government decree was issued, while others became aware when the first cases of the disease began to appear, especially after Carnival. With regard to the government decree, it was this that established the lockdown, the closure of educational institutions and non-essential services, defined remote working as a mandatory measure, as well as the ban on crowds and instituted preventive measures such as the use of masks and alcohol gel.

At this point, we should turn to Paulo Freire's considerations on the process of becoming conscious or conscientization. In this process, we can say that, initially, the human being becomes aware of the dialectical game between man and the world, because it is in this relationship, in work, in praxis, that man becomes aware of himself, the world and others. And this happens simultaneously, because consciousness does not precede the world and the world does not precede consciousness, because although the world is external to consciousness, it is essentially relative to it. Consciousness of the world influences the world of consciousness. Thus, human consciousness is defined by its intentionality, it is always conscious of something, it always has an objective. Consciousness is not always directed towards the world, sometimes it is intended for itself - the human being has the capacity to be conscious of his consciousness: he is a being in situation, because thinking about his situationality is necessary for man to become conscious as a being of praxis who, in relation to the world, can find himself in three different stages: immersion, emersion and insertion. The first stage is characterized by the fact that man is totally enveloped by reality; he can't think about it. In the moment of emersion, we see the human capacity to distance himself from reality, admiring and objectifying it, and in insertion, man returns to reality in order to transform it through his praxis.

Thus, we can characterize that moment of panic as a moment of immersion, which is followed by a detachment from reality in order to critically apprehend it and then transform it into a moment of action, of intervention in reality.

In Brazil, these three moments were experienced differently. For those who limited themselves to media reports and government denialism, it seems that they didn't get beyond the immersion phase. But the transition to the emersion phase sometimes took place with the real contact of cases in families, the deaths of relatives and friends, the accumulation of cases in hospitals. For the social workers, this reality was also very painful. According to social worker Anna Luiza Liberato:

This realization came very quickly because it was also a moment of survival, not just of carrying out our work in the health services, welcoming very desperate families and having to think up new protocols in the context, and very quickly because it was urgent to think up new safety care protocols within the hospital and in other spaces too. So I think we didn't even have time to become aware of this, but it was something that we

¹⁰⁷ Crivando a Pandemia Program No. 2. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=HHNvbRmHdEo&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=2>. Accessed on: 25 July 2022.

had to do because it was a question of survival, even because we still didn't have a vaccine.¹⁰⁸

The federal government's denialism was decisive in making the states and municipalities shoulder the burden and responsibility of creating preventive, monitoring and care measures during the pandemic period. The first measure adopted by the states was to issue Decrees which, among other aspects of guidance for dealing with the pandemic, definitively established social isolation and the closure of all primary, secondary and higher education institutions, and all commercial establishments (with the exception of food, pharmaceutical and IT establishments) and instituted absolute priority for hospitals to deal with Covid cases, restricting primary health care and chronic diseases to UPAs and smaller hospitals. In Pernambuco, Decree 48809 was issued on March 14, 2020, following the recommendations of the Ministry of Health on March 13, 2020, which advised that during the period of public health emergency, government, sporting, cultural and/or political mass events, as well as tourist cruises, should be postponed or canceled. It is worth noting that these measures followed the WHO's official declaration, issued on March 11, 2020, which classified Covid-19 as a pandemic. According to Delaine Melo and Lorena da Silva (2021),

The instability in the Ministry of Health, exemplified by the successive change of ministers in the first four months of the pandemic and the dubiousness of speeches, led to a lack of coordination and technical coordination, evidenced in the absence of national leadership and joint actions with state and municipal governments. Rodrigues and Azevedo (2020) consider that health operations, including the immunization process, depended (and depend) on this articulation between the federal entities and would be fundamental in mitigating and controlling the epidemic in the national territory. In the words of Gastão Wagner, professor of public health at Unicamp [published in *Veja* magazine, 2020], "we have several coronavirus peaks at different times in Brazil, and only centralized management would be able to stop this trend". (Idem)

It's worth noting that for many social workers, and for the population in general, this was the decisive moment when they became aware of the seriousness of the situation, because it defined the interruption of face-to-face work and the adoption of remote work, or the situation of widespread unemployment. This is because "work seems to be such an important aspect of our lives that it is at work that we become aware of this process that has affected humanity so much".¹⁰⁹

However, we know that the resources of the states and municipalities are insufficient to meet such a huge demand. In the case of the state of Amazonas, we had a very particular situation where there was a shortage of oxygen in hospitals - a demand that the state was unable to meet and that, when it turned to the federal government, the response was given late and with disregard, which meant the loss of many lives of both health professionals and the population in general. This fact aroused national commotion, as the emotional testimonies of health professionals revealed the pain and testimony of seeing patients die for lack of a resource that should be basic and indispensable in hospitals and health centers, as presented above. And all of this is due to what has

¹⁰⁸ Crivando a Pandemia Program No. 25. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=hVWIFgjSsBA&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=25>. Accessed on: July 24, 2022.

¹⁰⁹ Crivando a Pandemia Program No. 5. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=Zv18QKkPnC4&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=5>. Accessed on: July 24, 2022.

come to be called **Negationism** on the part of the federal government. But what is **denialism**, how has it manifested itself and how has it had a negative impact on the population's awareness and on taking action to deal with Covid?

The Presence of Negationism in the Practice of Social Workers

The notion of **Negationism** comes from the field of History. It indicates "the choice to deny reality as a way of escaping an uncomfortable truth."¹¹⁰ In other words, it deals with historical facts that occur in situations of direct conflict between actors interested in unscrupulously accumulating power and scientific methods, creating pseudo-arguments that arrogate to themselves the right to question even events or realities that are well documented by research that has been affirmed and confirmed by the scientific community on many occasions. The denialist therefore refuses to accept the authority of the scientific community and confronts it with simplistic arguments drawn from common sense. **Denialism** is a complex phenomenon that is characteristically ideological, in the sense of a set of false ideas, as Marx conceptualized the term ideology. It is an instrument of attack by reactionary groups and is used at strategic moments when these groups see a good opportunity to gain power by creating intrigue among the unwary against their opponents. In global crises, this deceptive device can be used more often, especially when previously "unknown" aspects of reality come to light. This explains why, at this time of the novel coronavirus pandemic, denialist discourses have become more prominent in societies.

The alienating nature of **Negationism** takes advantage of the fact that the general population does not have adequate scientific training and has therefore not been able to properly learn about the instruments for measuring the validity and rigor required to consider a set of statements authentic or inauthentic. Much less are the masses kept in ignorance able to give an opinion on the extent to which science is, or is not, the right way to collectively find solutions to humanity's problems. The individual involved in denialist action has their intellectual vision distorted by the fallacies it articulates in their cognitive field, preventing them from analyzing reality and giving a coherent and autonomous opinion on it. The omission of information, the displacement of scenarios, the disturbance of the individual's physical-spatial and conceptual understanding are all worked on. All of this, when it becomes something that spreads in the community, infecting individuals' readings of the world, has harmful and even fatal consequences for the population. Historically, **Negationism** has its origins in Greek antiquity, more precisely in a pseudo-intellectual device created by one of the sophist currents of ancient Greece. This is eristics, now recognized in the field of philosophy as a technique for disrupting the development of scientific studies by introducing chaotic texts into them.¹¹¹

The phenomenon of denialism is not new; it dates back to the 1940s, when people tried to prove that Germany was not to blame for the Second World War. This happened by

¹¹⁰ JORNAL DCI. **Entenda o que é negacionismo e porque a palavra tem sido usada.** Available at: <<https://www.dci.com.br/dci-mais/noticias/brasil/entenda-o-que-e-negacionismo-e-porque-a-palavra-tem-sido-usada/82511/>> Accessed on: 25 Jan. 2022.

¹¹¹ Cfr.: ANTISERI, Dario; REALE, Giovanni. **Philosophy: Antiquity and the Middle Ages.** Vol. I. São Paulo: Paulus, 2017, p. 78, which explains the sophistic origin of the erists: "[...] the art of disputing in words, with the end of disputing itself. The Erists excogitated a series of problems, posed in such a way as to provide answers that were in any case confutable, dilemmas that, however they were solved, in the affirmative or negative, always led to contradictory answers, skillful games of concepts constructed with terms that, because of their semantic polyvalence, always put the listener in a position of checkmate."

trivializing, justifying or even denying the existence of the extermination camps and the Holocaust. The principle of denialism, as the name implies, is to invalidate reality by simply denying it. In Brazil, President Jair Bolsonaro is its great promoter, turning denialism into state policy. Not only does he deny that there was already an economic crisis before the pandemic, but he refuses to accept scientific, statistical and common sense evidence that Covid-19 is not a simple "little flu"¹¹².

Their main allies are the television media, newspapers and *Fake News*¹¹³, which are the media outlets most accessible to the population. In the case of Brazil, with regard to the Covid-19 pandemic, the denialist discourse has been led by its greatest representative - President Jair Bolsonaro - and has found strong adherence in Protestant religious fundamentalism, which currently has a strong influence on the three branches of government and great power to penetrate the most impoverished communities, such as the favelas. Contrary to what is expected of responsible journalism, the Brazilian media played a role in spreading common sense¹¹⁴ and denialism, which initially promoted widespread panic and later the adoption of irresponsible practices and attitudes in the face of the tragic situation of deaths that was unfolding in the country. The most frequent denialist attitudes were identified in the survey conducted by Fiocruz¹¹⁵, and are expressed, in decreasing order of intensity, in the following positions:

Believing in the disease as a political strategy; Believing in COVID-19 as a hoax; Believing in teaching home methods to prevent contagion from the new coronavirus; Defending the use of chloroquine and hydroxychloroquine without scientific proof of efficacy; Resisting social distancing, being against it; Claiming that the new coronavirus was created in a laboratory; Defending the use of ivermectin as a cure for the disease; Repudiating the use of masks; Being against the use of alcohol gel; Declaring that the cause of death of relatives was changed to COVID-19; Declaring the new coronavirus as a conspiracy theory; Believing in the defamation of politicians; Being the target of religious charlatanism, with an attempt to sell artifacts to cure the disease. (Idem)

Because it is a true ideology (in the Marxian sense of the term), the denialist discourse has been widely accepted by the most impoverished population and those furthest from access to scientifically proven information. The damaging impact of this position was revealed in the unforgivably high death rate in Brazil, which currently stands at 616,018 thousand, second only to the United States, which has a death rate of 701,514 thousand. This table reveals that in the countries where Negationism has been the flagship of the measures to tackle (or not tackle) Covid-

¹¹² CONTI, Silvana. **Denialism as a political strategy**. Sul21, 2020. Available at: <<https://sul21.com.br/opiniaio/2020/06/o-negacionismo-como-estrategia-politica-por-silvana-conti/>>. Accessed on: Jan. 25, 2022.

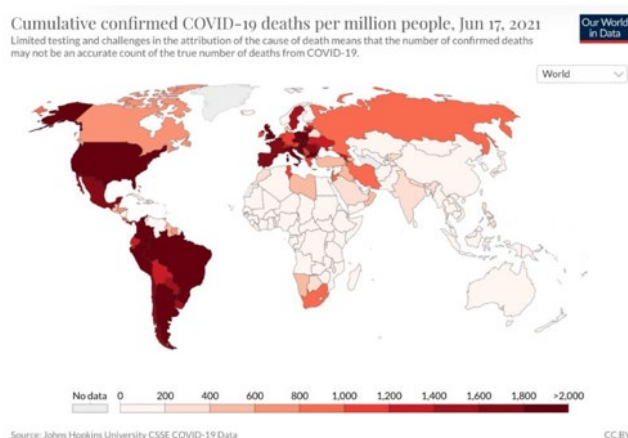
¹¹³ SILVA, Cíntia. TIMES OF PANDEMIC: Fake news, denialism and the ethical-political work of social workers. In: **Cadernos GEPE**, V1, n.1. Available at: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernosgepe/article/view/252885>>. Accessed on: July 24, 2022.

¹¹⁴ For more information on the relationship between the media and common sense, see the article by Alexandra Mustafá - *Ethics, science, the pandemic and social service*, published in the journal *Cadernos GEPE*. Available at: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernosgepe/index>>. Accessed on: July 24, 2022.

¹¹⁵ According to Cíntia Silva (op. Cit.), the study was conducted by researchers from the Sergio Arouca National School of Public Health (ENSP/FIOCRUZ), Claudia Galhardi and Maria Cecília de Souza Minayo, between March 17 and May 13, 2020.

19, the death record stains the world map with the colors of the concentration of the disaster experienced, according to the data provided by Ivanildo Oliveira Filho and Luanna Melo (2021), in the Map below.

Mapa 1 – Distribuição do número de mortes por covid-19 no mundo



Fonte: OUR WORLD IN DATA/DIVULGAÇÃO

From the point of view of the professional practice of social workers, "the concern is not only to contain the virus, but also to contain and disprove false, prejudiced and harmful information" (SILVA, 2021), according to the following statement:

[April and May were a period of many deaths, both of cases that were confirmed by COVID-19 and suspected cases, so it was very difficult to assist the families. Firstly because the family didn't participate in the hospitalization because of the infection. So you don't get to see your relative who has died, which also affects the grieving process and the families came to us desperate! I realized that there were basically two types of behavior: the family member who felt guilty for having transmitted the virus [...] and the family members who didn't believe that their relative had the virus, and then it was very difficult for us to work on this with the family, to discuss it with the family.¹¹⁶

Negationism is a phenomenon that is spreading as a strategy, especially by extreme right-wing governments, such as in Brazil, as an excuse for the state not to assume its responsibility in the face of the immense demands that the pandemic is causing. In reality, it's about strengthening the neoliberal trend that capitalist societies have been adopting, in the sense of preserving the choices made, even before the pandemic, to nourish the process of capitalist accumulation of the privileged classes and employers, to the detriment of public investments which, ultimately, should be the reason for the very existence of the state. The Brazilian case is an emblematic example of this phenomenon, insofar as, since 2016, after the parliamentary coup that ousted President Dilma Rousseff from power, the Temer government has not been slow to strengthen this neoliberal tendency, when it approved Constitutional Amendment 95, known as the PEC to cut spending on the public sector and social policies for a period of 20 years. Given that the principles of representative democracy are threatened by the control of the minds of the masses, by the wave of

¹¹⁶ Crivando a Pandemia Program No. 16. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=POGbKOTisKQ&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=16>. Accessed on: July 24, 2022.

Fake News and with the indispensable help of the media, which is in charge of deconstructing the image of the Workers' Party and the left in general, in 2018 Brazil witnessed the materialization of what we can call the manipulation of votes and, as a result, the assumption of power by the candidate who represents the supreme of conservatism and the uncompromising defense of the interests of capital continued in a now "legitimate" way. Since then, the working class has suffered unimaginable losses in terms of labor rights, assistance, social security, health, education, etc.

[...] However distant from reality they may be, negationist ideas serve a pragmatic project with a very real objective. With negationism, Bolsonaro opposed the governors and mayors who adopted social isolation measures. He wanted to blame them for the economic crisis, even though he knew that the cause was not isolation, but the pandemic. (CONTI, Silvana. *Op. Cit.*)

In this sense, **Negationism** is also useful to big business in order to conceal its disregard for the pandemic situation that has taken hold in the country since the beginning of 2020. While the image of minimizing the risks and lethality of the pandemic is passed on to the population, measures are taken to "protect" big business, because what matters is the "health of the economy" and not the "health of the population". To prove this discrepancy, we can turn to sources that inform us of the amount of money spent on the financial system during the pandemic and the insignificance of the percentage of resources allocated to social policies:

At the beginning of the pandemic, in March 2020, a package announced by the government released 1.2 trillion reais to the banks, equivalent to 16.7% of GDP.

The Central Bank (BC) announced on Monday (23/3) a package of measures to inject money into the market in an attempt to mitigate the environment of uncertainty caused by the new coronavirus pandemic. According to the president of the Central Bank, Roberto Campos Neto, the package totals R\$1.216 trillion, or 16.7% of the Gross Domestic Product (GDP), including actions that are still under study. Compared to the R\$117 billion applied to bail out banks during the global financial crisis of 2008 and 2009, which corresponded to 3.5% of GDP, the amount is almost 10 times greater.¹¹⁷

In the same year, 2020, the government disclosed the transparency of the federal government's budget and execution amounts related to tackling the coronavirus pandemic across the country: R\$524.02, which corresponds to 15.85% of public spending. With regard to 2021, these figures are even lower: R\$102.49 billion, which means 2.80% of public spending respectively.¹¹⁸

This spending is much lower than what other countries allocate for this purpose. According to a survey published in Carta Capital, we have that:

¹¹⁷ CORREIO BRASILIENSE. **Package announced by the government should release R\$1.2 trillion to banks.** Available at: <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/economia/2020/03/24/internas_economia,836224/pacote-anunciado-pelo-governo-deve-liberar-r-1-2-trilhao-aos-bancos.shtml>. Accessed on January 26, 2022.

¹¹⁸ PORTAL TRANSPARÊNCIA. **Federal resources earmarked for combating the CORONAVIRUS pandemic (COVID-19).** Available at: <www.portaltransparencia.gov.br/coronavirus?ano=2021>. Accessed on: 26 Jan. 2022.

In the US, the figure is 6.3% of GDP, but congressional decisions can raise it to 11.3% of GDP or more. In the UK, the total exceeds 17% of GDP, in Spain it reaches 17%, in Germany 12% and in France 13.1% of GDP.¹¹⁹

Always according to the information provided by Carta Capital,

[...] in the Brazil of a president who defies the strict recommendations of the highest health authorities and the most renowned scientists to contain the Covid-19 pandemic and the foreseeable recession of major proportions that lies ahead, the Minister of the Economy still thinks based on the ideas that were successful 50 years ago at the Chicago School, where he graduated. Paulo Guedes doesn't let go of the austerity rule, even when he announces resources for the economy that are slowing down and only releases them under pressure and in drops. On Tuesday 24, and this is just one of many examples of the anachronistic vision that presides over his decisions in the midst of the pandemonium, Paulo Guedes said that the country can spend 120 billion reais on health and employment because that money was saved last year on interest on the domestic debt. (Idem).

The insufficient allocation of resources to social policies has had a decisive impact on the ability of the Unified Health System (SUS) and the Unified Social Assistance System (SUAS) to respond, making them less able to offer more qualified health and care services. In effect, the austerity measures analyzed above are reshaping the framework of health and care that has been configured as universal since the 1988 Constitution, exacerbating the gap between the Health Reform projects in the SUS, based on the principle of universal health, as "the duty of the state and the right of the citizen" and the privatization project, which is now privileged and has more capillarity, given that resources are ultimately directed to the private sector, which then manages public institutions under private law, such as the field hospitals that were created to combat Covid-19.

This mismatch in the allocation of public resources acted as a stimulant and fostering element for the disastrous scenario of social inequality in Brazil: unemployment, according to data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) in the first quarter of 2022, reached 11.1%¹²⁰ ; the country returned to the hunger map, reaching 25% of the unassisted population¹²¹ .

The interviews carried out by the Crivando a Pandemia Program showed the profile of the Brazilian population, desperate not only because of the risks of contagion and deaths from Covid, but also almost completely unassisted in terms of finding alternatives to meet the need for food, sanitation, drinking water and housing, indispensable conditions for survival in times of pandemic.

What emerged from the interviews is that the intention of the government measures was precisely to "protect" the private sector, the market and "let the less fortunate and more impoverished die so that the ideal level of immunization of the population could be achieved", an

¹¹⁹ CARTA CAPITAL. **The government's economic stimuli border on the ridiculous...** Available at: <<https://www.cartacapital.com.br/opiniaos/os-estimulos-economicos-do-governo-beiram-o-ridiculo/>>. Accessed on January 26, 2022.

¹²⁰ IBGE. **Desemprego**. Available at: <ibge.gov.br/explica/desemprego.php>. Accessed on: July 18, 2022.

¹²¹ BRASIL SEM FOME. **In just over a year, there are 14 million new hungry people in Brazil** (Source: PENSSAN Network). Available at: <<https://www.brasilsemfome.org.br/>>. Accessed on: July 18, 2022.

intention expressed in the words of the President of the Republic himself. So it's no wonder that the income of the richest multiplied during the pandemic, as we can see from the data in Oxfam's reports:

Billionaires have added US\$5 trillion to their fortunes during the pandemic, according to a new Oxfam report released on Sunday, exacerbating economic inequality as the pandemic has pushed millions of people around the world into poverty. Using data compiled by Forbes, Oxfam points out that the total wealth of billionaires jumped from US\$8.6 trillion in March 2020 to US\$13.8 trillion in November 2021, an increase of 60% and higher than in the previous 14 years combined. [...] The World Bank estimates that 97 million people worldwide entered extreme poverty in 2020 and now live on less than US\$2 a day. The number of the world's poorest also increased for the first time in more than 20 years.¹²²

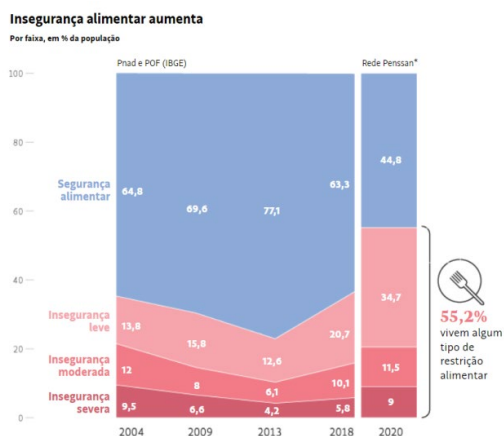
The amount of research being carried out to quantify the food conditions of the Brazilian population in these times of pandemic is multiplying and we can increasingly count on useful information that leads us to reflect on the impact of neoliberal policies on the worsening of the population's basic needs. However, we can see that the country had already returned to the hunger map even before the pandemic broke out. The policies that are inimical to the social programs characteristic of the Temer and Bolsonaro governments have led to this unfortunate return. Let's take a look at a summary of this research:

Severe food insecurity was present in the homes of 10.3 million Brazilians between 2017 and 2018, according to the 2017-2018 Household Budget Survey (POF), released by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) on September 17. This means that almost 5% of the Brazilian population is once again living with hunger. According to the former director general of the Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), José Graziano da Silva, Brazil's return to the Hunger Map is unacceptable.¹²³

Furthermore, knowing the social determinants of health, and taking into account the subjects in context, we recognized that the conditions of food, housing, regular access to water, living and working conditions, revealed that the most impoverished segments would be (were and are) much more widely affected. Hence the importance of the health and social assistance networks acting in a localized manner, with targeted investments and swiftly implemented actions.

¹²² CNN Brasil. **Fortunes of the world's billionaires grew 60% during the pandemic.** Available at: <<https://www.cnnbrasil.com.br/business/fortuna-de-bilionarios-do-mundo-cresceu-60-durante-a-pandemia/?amp>>. Accessed on January 26, 2020).

¹²³ FIOCRUZ. **Brazil Back on the Hunger Map.** Available at <<https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/noticias/brasil-de-volta-ao-mapa-da-fome>>. Accessed on: July 18, 2022.



This neglect is also evident in the budget allocation for public health actions and services in the Ministry of Health, which in 2021 corresponded to only R\$123.8 billion, as stated in the Technical Note of the Congregation of the Faculty of Public Health of the University of São Paulo (USP, 2021). This was a challenge for health professionals, as the following statements confirm:

Those in the health sector have a privileged view in the sense that they are, let's say, asked to give immediate answers to this question of the phenomenon that directly links health. [...] The social work was fundamental both in welcoming these people who were distressed and anguished, considering that hospitalizations exist and require them to be away from their

families and people in their social and family support network, so it was necessary to rethink their entire professional routine: it was necessary to rethink this whole movement.¹²⁴

This aspect of the issue is also illustrated by Delaine Melo, a professor in the Department of Social Work at UFPE, in a recently published study on the practice of social workers in the health area during the pandemic:

Working in the field of health, from teaching to care, implies theoretical, ethical and interventional commitments; it is essential to follow the dynamics of scientific production, reaffirm that clinical and political are intertwined dimensions and understand that daily practices are shaped by these, among other elements. From this perspective, it is essential to situate the processes of illness from the perspective of social determination in the patterns of illness and death, since in this pandemic moment it is demonstrated that the most impoverished population groups are the most affected and concentrate the highest death rates (DEMENECH et al., 2020 apud MELO; SILVA, 2021).

The socio-political and economic formation of Brazilian society and its impact on the impact of Covid-19 on the population

Brazilian society has historically been characterized by social inequality, authoritarianism and subordination of the ruling class to the interests of the international bourgeoisie. This is explained by its subordinate position in the context of the social division of labor vis-à-vis the richer, imperialist countries since the period of colonization.

The federal government's slowness in providing aid to the population has wreaked unprecedented havoc in the hospitals that cared for Covid-19 victims and has been responsible for the contamination of some 50,468 indigenous people, with 163 peoples affected and more than

¹²⁴ Crivando a Pandemia Program No. 5. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=Zv18QKkPnC4&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=5>. Accessed on: July 24, 2022.

1,000 dead, according to data released by the National Committee for Indigenous Life and Memory, created by the Articulation of Indigenous Peoples of Brazil (APIB), in March 2021.¹²⁵

The Brazilian team's research revealed, through the testimonies of social workers who worked in Amazonas hospitals during the Covid-19 pandemic, what they witnessed firsthand when they were there working as social workers. In one of Crivando's programs in Pandemic, we have the following statement:

One of the first people to die in Amazonas during the pandemic was a young man who grew up with me, Laurivan, an indigenous man: he worked in the health sector and could not access treatment or have his condition regressed, even though he was in a hospital, in an emergency room. This marked me and made me realize that the pandemic existed in Amazonas.¹²⁶

Other states have not experienced what Amazonas has experienced, and continues to experience, since the first wave. [This is because] hospitals have run out of oxygen, [...] what must be basic in a hospital, which is oxygen. [We suffered from the lack of central command: the position of the Ministry of Health advertised in the press a course of action, a technical guideline, and our highest representative denied it, questioning it, and the people of Amazonas paid a high price because of this situation. We were extremely vulnerable, many professionals died, we felt insecure, we didn't have the protocols, people were learning how to deal with the disease....¹²⁷

The black population makes up the majority of the poor in Brazilian society and, in urban areas, is concentrated in favelas, which are human settlements with precarious housing, sanitation, water and electricity supply conditions. The favelas, built on hillsides or in mangrove swampy areas on the outskirts of Brazil's major metropolises, are the delegated living quarters for the poor and black people who do not have the resources to live in decent housing on safe land that does not succumb to rainfall disasters such as barrier collapses, floods and other environmental phenomena aggravated by the absence of a decent housing policy. These slums, an immediate consequence of real estate speculation, are increasing on the social scene, and in 2010 there were already 6,329 of them, also known as "subnormal settlements."

This means, according to census data from IBGE in collaboration with the National Center for Monitoring and Alerting Natural Disasters (CEMADEN), that "the population in at-risk areas in Brazil's 872 municipalities amounted to 8,270,127 inhabitants," or 6 percent of Brazil's population.¹²⁸

Because of these historical conditions, blacks in Brazil are victims of structural racism (MARTINS, 2020), which is explicit in police violence within the favelas, revealing itself in the

¹²⁵ BRAZIL DE FACTO. **Brazil surpasses 1,000 indigenous people killed due to Covid-19.** Available at <<https://www.brasildefato.com.br/2021/03/13/brasil-ultrapassa-marca-de-mil-indigenas-mortos-em-decorrencia-da-covid-19>>. Accessed July 22, 2022.

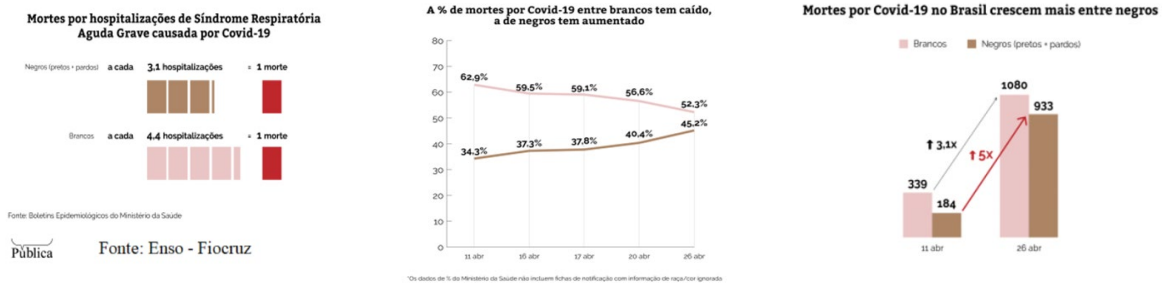
¹²⁶ Testimony of Alessandra Sales. **Crivando a Pandemia program**, No. 12. Available at: <<https://youtu.be/9rP4Wa5ZSxE>>. Accessed July 16, 2022.

¹²⁷ Idem.

¹²⁸ IBGE. **In 2010, 8.3 million people in Brazil lived in areas at risk of natural disasters.** 2018. Available at: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21565-em-2010-brasil-tinha-8-3-milhoes-de-pessoas-morando-em-areas-com-risco-de-desastres-naturais>>. Accessed July 16, 2022.

form of lethal persecution that affects especially young people because they are potentially poor and black (MUSTAFÁ and MELO, 2020; ISABELLY 2022).

Partly as a result of this, blacks are the segment of the population with the lowest levels of integration into the labor market, subject to extreme exploitation and extremely precarious working conditions, a fact that has exposed them most clearly to the risks of the Covid-19 pandemic.¹²⁹ According to sociologist Ricardo Antunes, this population found themselves in a real "crossfire," "either die of Covid or starve," which definitely exposed them to the risks of contagion, as they were forced to take on precarious activities, such as *delivery boys* and uber-workers.



Poor housing conditions and lack of preventive measures in the favelas have also been a major contributor to making blacks and the poor the most vulnerable segment to infection, as can be seen by analyzing the graph above. This led to a very high rate of deaths due to Covid-19, as can be seen from data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) and the Pólis Institute's Health Intelligence and Operations Center: the pandemic is not the same for everyone: in Brazil, it was shown that while 55 percent of blacks died due to Covid, the rate among whites was 38 percent.¹³⁰

According to the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) report:

In Brazil, the mortality risk for Covid-19 was 1.5 times higher in the black population, despite a higher incidence rate among the white population. Black and brown hospitalized Brazilians had a 1.3- to 1.5-fold higher mortality risk than white Brazilians.

¹³¹The OECD's *Health at a Glance* report states that: "the main victims of disease are the elderly and minority and poorer ethnic populations."

As a result, populations considered vulnerable were the most affected by the pandemic in the organization's countries, accounting for more than 90 percent of the recorded cases, and deaths from Covid-19 occurred among people over the age of 60.¹³²

¹²⁹ ANTUNES, Ricardo. **Work under crossfire**. Boitempo: São Paulo, 2020.

¹³⁰ SUL21. **In 15 days, the number of black people killed by coronavirus is five times higher in Brazil**. Available at: <<https://sul21.com.br/coronavirus-2/2020/05/em-duas-semanas-numero-de-negros-mortos-por-coronavirus-e-cinco-vezes-maior-no-brasil/>>. Accessed July 16, 2022.

¹³¹ OECD. **Health at a Glance 2021**. Available at: <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_919b5f62-en>. Accessed July 24, 2022.

¹³² Idem.

Here is an ethical reflection in which the incongruence between capitalist (i)logic and humanist thought is realized. Those who are considered "disposable" to capital, such as Indians, the poor, blacks, and the elderly, have been the strongest object of (dis)care by government authorities in capitalist countries, both in terms of preventing the virus and providing medical and social assistance to combat it. Therefore, these population segments have been the most affected by the pandemic worldwide, especially in Brazil.



The elderly, or elderly people, have certainly been the most affected by the pandemic, because they have lower immunity, because they have acquired more comorbidities throughout their lives, given their precarious living and working conditions; the elderly, especially the poorest, have been the main target of infection by the virus.

The data shown in the graph at leftras report the number of deaths in early 2021, when the pandemic had already peaked. At the time, the mainstream media reported these facts exhaustively:

The elderly are the most vulnerable group to severe cases of Covid-19. The disease killed at least 142,049 people over the age of 60 by Jan. 2, 2021, according to the latest bulletin (10 MB) from the Ministry of Health. This is 74.2 percent of the 191,552 deaths analyzed.¹³³In total, the pandemic has already killed 204,690 people by this Tuesday (Jan. 12, 2021).

During the interview, the assistants were invited to see themselves **theorizing their actions based on their perceptions**, as they recounted the process of acting and were able to **evaluate the quality of** the conclusions they drew from it while it was happening. From their testimonies, precious information was gathered that revealed how, within a problematic and tragic process, in the heat of the drama these professionals showed themselves capable of planning, realizing the possibilities and resources available, despite the many complex obstacles that followed, and were able to propose explanations and develop actions that can be incorporated into professional practice in times of public calamity. In most cases, they were able to draw on the theoretical background accumulated in the training process and resort to creativity and innovation when the situation presented itself in an unusual way. There was also a search for and exchange of experiences, with reference to successful practices in other countries and in similar situations. Having surveyed this taxological inventory, we will now present a summary of the actions of these social workers, even though much remains to be said and analyzed about the technical and operational potential and its richness, because for us, as well as for the professionals who worked at the heart of the pandemic, this is a process in which becoming aware of how much has been done in the face of all the challenges deserves a lot of maturing. We have chosen three socio-occupational spaces to focus on first, because our studies have shown that these have a special relevance, as they refer to the segments most affected by the pandemic and represent the focus of the professionals' work: the area of social gerontology, health and social assistance.

¹³³ POWER 360. **Coronavirus killed 142,000 elderly in Brazil**. Available at: <<https://www.poder360.com.br/coronavirus/coronavirus-matou-142-mil-idosos-no-brasil-conheca-situacao-de-5-paises/>>. Consulted on: June 16, 2022.

Professionals working in the field of social gerontology

As we saw above, the Covid-19 pandemic has hit the elderly segment hard. This segment should have a significant presence of social workers working within it. However, this "should be" has not yet materialized for various reasons, including a lack of political will. The elderly have been victimized in every way by neoliberalism, which is the theoretical current that has increasingly hegemonized public administration in today's cities and countries, and which has made its contempt for the elderly clear and unmistakable. There are cases such as that of former president Fernando Henrique Cardoso, who went so far as to declare in public that the elderly were bums and would be a great expense to the state. The current president of Brazil, Jair Messias Bolsonaro, when the pandemic broke out and threatened to enter the country, declared that it was not a serious disease, because it would only kill the elderly. According to the newspaper Estado de Minas on April 8, 2020, Bolsonaro reportedly said: "Families should take care of their elderly [...] only the elderly should protect themselves in the midst of the pandemic [...] Each family has to put grandpa and grandma in the corner and that's it"¹³⁴. It is also known that neoliberalism puts pressure on states to reduce spending on social security and measures to put pressure on the elderly have been widely recorded in university theses around the world, demonstrating that the elderly are not considered for what they really are by neoliberalism because, in reality, they are human beings at the peak of their existence and it is not ethically plausible that human beings themselves do not plan their peak to be something highly worthy, praiseworthy and admirable.

Social workers in the field of social gerontology work mainly with families, based on demands that come from institutions such as the Public Prosecutor's Office, the Unified Social Assistance System and the Municipal Council for the Defense of the Rights of the Elderly. In Brazil, shelters for the elderly are called ILPIs (Long Stay Institutions for the Elderly), most of which are philanthropic or private institutions, with a very small number of public institutions, since the state is not responsible for this type of care for the elderly. Thus, relying solely on resources from the elderly themselves who contribute to the running of the institutions, especially the income acquired through the Continuous Cash Benefit (BPC), in accordance with the Statute of the Elderly, philanthropic ILPIs prioritize the hiring of health professionals over social workers, who would be indispensable for fully meeting the needs of the elderly who live there¹³⁵.

However, these ILPIs were monitored by social workers who are employees of the Recife City Hall, the Public Prosecutor's Office and who joined the Municipal Council for the Defense of

¹³⁴ This government discourse is called "familism" because it is characterized as a "process of making families responsible for burdens in the social protection system" (MIOTO; CAMPOS; CARLOTO, 2015, p. 7 *apud* MARTINS et al. 2021).

¹³⁵ This information can be found in the articles by Tânia De Andrade, Fabíola Dionísio and Luana Corrêa and Micelane Lima, published in the book *Serviço Social e gerontologia: a proteção da pessoa idosa em tempos de pandemia*, which systematizes the results of the research Living conditions of the elderly in Long Stay Institutions in the city of Recife, carried out by the UFPE Group for Studies and Research on Ethics - GEPE. Available at: <<https://editora.ufpe.br/books/catalog/view/362/372/1094>>. Accessed on: July 16, 2022

the Rights of the Elderly¹³⁶, during the pandemic, and developed a very successful work, starting with the initiative to form an "Observatory¹³⁷ of ILPIs".

In addition to the creation of the Observatory - ILPI.26, this team of Social Work professionals, in conjunction with other entities defending the rights of the elderly, launched, on May 4, 2020, a Manifesto¹³⁸ for the right to life and health care for the elderly in the State of Pernambuco, in times of Covid-19, addressed to the Public Prosecutor's Office of Pernambuco, presenting concerns about the impacts on the physical and mental health of the elderly segment, as well as criticism of the familism and ageism that characterized the government discourse. The Manifesto called for the repeal of Constitutional Amendment 95/2016, which limits social spending for 20 years and has disastrous impacts on the Unified Health System (SUS), reducing R\$20 billion in health resources in 2020 from the federal budget, given that 75% of all elderly people in Brazil depend exclusively on the SUS. (MARTINS; CAMPELO E PAIVA; SILVA, 2021).

Social workers Kylvia Martins and Sálvea Campelo were at the forefront of these initiatives and gave interviews to the Crivando a Pandemia program. In their testimonies, we can see that all of this was only possible thanks to the articulation with the Municipal Council for the Defense of the Rights of the Elderly, as can be seen below:

¹³⁶ The **Municipal Council for the Defense of the Rights of the Elderly in Recife - COMDIR**, a joint, superior, deliberative, collegiate and permanent body, created by Law No. 17.310, of March 29, 2007, linked to the structure of the Secretariat for Social Development and Human Rights, of the City of Recife, aims to monitor and implement the Municipal Public Policy for Social Inclusion, Promotion and Defense of the Rights of the Elderly (art. 1), as well as to formulate guidelines and supervise the implementation of public policies aimed at the elderly, in defense of social inclusion and in confronting any form of violence and discrimination within the scope of the municipality of Recife (art. 2). It also formulates guidelines and supervises the implementation of public policies aimed at the elderly, in defense of social inclusion and in the fight against any form of violence and discrimination, within the scope of the municipality of Recife (Art. 2).

¹³⁷ The Observatory - ILPI.26 was an initiative coordinated by the Center for Development and Citizenship (CDC) with the participation of several university research centers and professionals representing city halls and linked to the Council for the Rights of the Elderly to monitor and follow up 26 ILPIs in the state of Pernambuco, during the Covid-19 pandemic, located in the municipalities of Olinda, Paulista, Abreu e Lima, Igarassu, Cabo de Sto. Agostinho, Recife, Jaboatão dos Guararapes, São Lourenço da Mata, Vitória de Sto. Antônio, Gravatá and Arcoverde. Its actions also aimed to articulate and promote technical guidance for those responsible for the administration and care team of the 26 ILPIs during the pandemic process and to articulate the realization of activities that would minimize the impacts of social distancing on the mental health of the elderly residents of the 26 ILPIs during the months of April to November 2020 (MARTINS; CAMPELO E PAIVA; SILVA, 2021).

¹³⁸ This initiative arose from news received from European countries in particular, which published data on deaths in ILPIs, due to mass contamination in the institutions: "In (i) Italy: hundreds of deaths in nursing homes in Bergamo. In one of them, elderly residents were left without food in a house for two days in the South because the staff had to go into quarantine; (ii) Spain: military personnel found abandoned elderly people and some dead in their beds; (iii) United Kingdom: 24 elderly people died in the Bradwell Hall care home; (iv) France (Paris): more than a third of care homes had already been affected by the coronavirus by the end of March and (v) Northern Ireland: 32 care homes affected by the coronavirus". (MARTINS et al. 2021, 140)

We have a great differential, because we have a Council for the Defense of the Rights of Older People in Recife that is very active. So it was through this council that I saw that it was a strategic space for us to try to get to the bottom of what was going on.¹³⁹

In addition, these testimonies reveal the process set in motion by these social workers in the state of Pernambuco, who managed to control the spread of the virus by adopting measures that can be presented according to the steps they took, as shown in the table below:

Actions by the ILPI.26 Observatory to control coronavirus infection
1. Purchase of Personal Protective Equipment - PPE for seven ILPIs (non-governmental)
2. Monitoring of the 26 ILPIs (governmental and non-governmental) via WhatsApp group.
3. Internal coordination with the Health Department Council - Health Surveillance, Epidemiological Surveillance and Environmental Surveillance.
4. Promoting immunization of the elderly and professionals in all ILPIs
5. Organization of Covid-19 testing when it was being denied in health plans - right violated.
6. Mobilization and training of professionals to test for Covi-19.

The process of how these actions took place can be better identified in the statements of the social workers mentioned above:

And then we bought Personal Protective Equipment - PPE for the philanthropic institutions, of which there are 7, out of 26. We set up a WhatsApp group specifically for the ILPIs. We set up the Observatory of ILPIs group. We made a group just for Recife, putting the institutions together. [...] But we have an interlocutor with the Public Prosecutor's Office who strengthened our request. [...] Health surveillance already monitors these ILPIs on a daily basis, but what could Environmental Surveillance be doing? So we started sanitizing these ILPIs (Long-Term Care Institutions for the Elderly) on a daily basis. [...] and, soon afterwards, we realized that sanitizing alone wouldn't be enough for these institutions; so it was also necessary to vaccinate them because some of the elderly had the symptoms and then I always made a point of saying that they were elderly people from the municipality of Recife. We have to do this in all institutions, regardless of whether they are public, philanthropic or private. (Kylvia Martins)

At the time, it was very difficult to get tested, [so] the plan had denied it at the time, and instead we went there, entered the house and managed to get tested. (Idem)

¹³⁹ Crivando a Pandemia Program No. 13. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=NE5bdRC7pAc&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=13>. Accessed on: July 24, 2022.

That was a decision we managed to make. It sounds easy, but it was very difficult, we didn't have enough professionals to do it. We did the test with professionals and more than 1,000 people. We have more than 600 sheltered people. And we're also going to test the professionals in these institutions and we had to use strategies. We have a very wide range of residents in the departments. So which residents can take this test? Then we were told that nursing and dentistry residents could be trained to do this test. (Idem)

So come on, let's train the professionals to do these tests and we managed to test everyone and when they tested positive, we managed, to a certain extent, together with health surveillance, to isolate the person for 15 days and even then it still wasn't enough because there was the rest of the elderly population who were at home every day and who needed health care. (Idem)

Based on this initiative, the 30th Prosecutor's Office for the Defense of the Elderly in the capital issued a recommendation to the Municipal Health Department¹⁴⁰, to carry out extensive coronavirus testing of elderly residents of all ILPIs located in Recife, whether public, philanthropic or private, prioritizing those that had reported deaths and suspected cases of Covid-19, as well as the professionals who work there. In addition, the Recife Health Department disinfected these institutions, starting with the homes that had reported deaths and suspected cases of coronavirus, in order to avoid accelerated contamination.

Another important initiative carried out by social workers working in the field of social gerontology was the creation of the Edusa Pereira Temporary Shelter, to take in elderly people living on the streets with the aim of minimizing the chances of them becoming infected with Covid-19. The facility is under the administration of the Department of Social Development, Youth, Drug Policy and Human Rights (SDSJPDDH), which works in an intersectoral manner with other municipal departments and agencies, such as Health and Education, as can be seen in the following statement:

we understood that there was an elderly street population and there were also elderly people who were being discharged from hospital but had nowhere else to go. So, with funds from the Municipal Council for the Defense of the Rights of the Elderly, another institution was created, which was even named the Edusa Pereira Temporary Shelter, in honor of this great elderly woman. (Idem)

The role of social workers in the health sector and the Unified Health System

Brazil experienced a period of authoritarianism marked by the military dictatorship that lasted twenty years (1964 to 1985) and which completely restricted civil, political, social and human rights in the country. The redemocratization process reached its peak with the promulgation of the 1988 Constitution, which emerged as the result of a popular and social mobilization of the forces of organized civil society, social democratic parties such as the Workers' Party, Social Movements and also counted on the collaboration of the progressive segment of the Catholic Church, conveyed by Liberation Theology. This constitution, known as the "Citizen Constitution", re-established the rule of law and enshrined social rights in its clauses in such a well-articulated way that it laid the legal foundations for the creation of social policies that would come to define

¹⁴⁰ CBN Recife. **MPPE recommends general Covid-19 testing of elderly residents and professional teams of ILPIs in Recife.** Available at: <<https://www.cbnrecife.com/artigo/mppe-recomenda-testagem-geral-de-covid-19-nos-idosos-residentes-e-equipes-profissionais-das-ilpis-do-recife>>. Accessed on: July 16, 2022.

a new relationship between society and the state, ushering in a new phase of defining the role of the state in tackling inequalities and the social question, which had previously been intensified by bourgeois autocracy (NETTO, 1991).

Among the innovations that emerged from the 1988 Constitution was the establishment of social security as a right that encompasses the tripod of health, welfare and assistance. This concept of social security contains a vision of citizenship in which the state becomes responsible, from an economic-financial, legal and political point of view, for providing universal health, welfare and social assistance services to the entire population. According to Boschetti,

The concept of social security advocated by the Social Work seeks to reinforce these advances, but goes further and supports a model that includes all the social rights provided for in Article 6° of the Federal Constitution (education, health, work, housing, leisure, security, social security and social assistance), in order to form a broad system of social protection, adjusted to the economic and social conditions of Brazilian citizens (BOSCHETTI, 2004).

Once these foundations had been laid, it was possible to introduce and regulate the Unified Health System (SUS) and later the Unified Social Assistance System (SUAS). In order to understand the magnitude of this social achievement, it is necessary to explain the nature, principles and functioning of each of these systems.

The SUS - Unified Health System

The SUS emerged as a consolidation of the Health Reform Movement, which brought together individuals from civil and political society and social movements, made up of health and social professionals who, since the 8th National Health Conference, had been drawing up a proposal for public health care, opposed to private medicine which, in principle, considers health as a commodity and which was present in Brazilian society mainly through Health Plans, restricted to a segment of less than 25% of the population (MENICUCCI, 2014: 84).

The SUS has the following principles: universality, decentralization and popular participation. Universality means that all segments of the population, especially the most impoverished, have the right to access all public health services. This makes the SUS an admirable system, which in the words of some scholars, means that:

The SUS was defined based on universalist and egalitarian principles, which is something to make other countries envious. I was at a debate at the Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC) in October 2013, and everyone was fascinated by the fact that a country the size of Brazil has a system with universalist and egalitarian principles - that is, for everyone and equally - based on the concept of health as a right of all and a duty of the state (MENICUCCI, 2014: 78).

Administrative decentralization and popular participation mean that:

the SUS goes to the five thousand and so many Brazilian municipalities, making the idea of comprehensive care at all levels of complexity a reality; and the participation of society, which reflects the whole context of democratization, the action of social movements to expand democracy (MENICUCCI, 2014: 79).

However, the Constitution itself allowed for the continuation of the public-private segmentation, admitting the possibility of private medicine being financed with public funds, which had a negative impact on the implementation of the SUS, along the lines envisioned by the

Health Reform Movement. In addition, the 1990s represented an adversity that materialized as a conflict between constitutional ideals and principles and the neoliberal trend that was flooding the country, in line with the international situation, which discussed reducing the role of the state in public policies. It was only after the 2000s that Brazil restored the initiatives set out in the 1988 Constitution, even though the neoliberal trend was moderated by the Lula and Dilma governments. Thus, what the Constitution required went against everything that the whole world was advocating as a direction for the role of the state and the financing of social policies. This backlash from the global neoliberal trend had more direct repercussions and radically affected the direction of social policy funding with the 2016 coup, when Constitutional Amendment 95, mentioned above, froze social spending for a period of 20 years.

This government measure has had drastic repercussions on the possibilities for the SUS to function in the face of the Covid-19 pandemic, since the dismantling of social policies has resulted in the scrapping of the SUS, due to the "favoring of the market and facilitating access to public funds, with the management of Hospitals and Public Services carried out by Social Organizations (OS) and Civil Society Organizations of Public Interest (OSCIP)". (MELO; SILVA, 2021), following the neoliberal trend of the federal government, whose "determinations outline the privatization of Primary Health Care (PHC)" and the absence, during the pandemic, of the elaboration of a national, systemic and articulated coping plan for the entire health care network, "in which Primary Health Care (PHC) would play a leading role considering its high capillarity and experience in fighting epidemics such as Yellow Fever, Dengue, Chikungunya and Zika" (TURCI, HOLLIDAY, DE OLIVEIRA, 2020, apud MELO; SILVA, 2021).

According to the authors, what was seen, on the contrary, was the privileging of urgent - emergency care with a focus on moderate to severe cases. The option for a hospital-centric approach, to the detriment of the family and community approach and promotion and prevention actions, was widely criticized by specialists, SUS social control organizations and collective health entities in the country. It was emphasized that Brazil lacked a specialized technical apparatus and public health institutions capable of proposing integrated and inclusive technical-scientific measures for Primary Care networks to contain the transmission of the virus and monitor cases in the territories (MELO; SILVA, 2021).

During the pandemic, primary care services were suspended, as can be seen in Articles 1 and 2 of the Ordinance issued by the Pernambuco State Health Department:

Art. 1. To determine, between March 18 and 28, 2021, the suspension of elective surgeries and procedures that require hospitalization in the units of the Public and Private Assistance Network within the scope of the State of Pernambuco. Sole paragraph. For the purposes of the heading, elective surgeries and procedures are those that can be postponed and/or rescheduled without harming the patient's health.

Art. 2. To recommend, during the period provided for in the caput of Article 1, the suspension of elective consultations, diagnostic and therapeutic outpatient procedures in the

offices, clinics, laboratories and hospitals that make up the public and private network, which can be postponed and/or rescheduled without harm to the patient's health.¹⁴¹

The SUAS (Sistema Único de Assistência Social) - Unified Social Assistance System and the work of professionals in the area of assistance

As we said above, the 1988 Constitution, known as the Citizen Constitution, established social rights and created the conditions for social policies to function as a response to the expressions of the social question. It also defined a specific place for social assistance, by establishing Social Security as a system made up of the tripod: welfare, health and assistance.

As far as social assistance is concerned, the Organic Law on Social Assistance (Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS) was initially approved in December 1993, which began the process of building public and participatory management of social assistance. It established the principles of the Social Assistance Policy and defined that "the management of the policy and the organization of actions must be articulated in a decentralized and participatory system, organized at the three levels of government management" and that "its implementation becomes an explicitly shared task between the autonomous federated entities" (Brasil, PNAS, 2004), i.e. the federal, state and municipal governments.

With the LOAS, the Continuous Cash Benefit (Benefício de Prestação Continuada - BPC) was also defined, which represented an advance in the conception of assistance as a social right and created a favorable legislative parameter especially for the non-retired elderly and the disabled. The BPC is a benefit worth one minimum wage to ensure their survival, given that these segments were the most vulnerable due to their status as non-contributors to the social security system and deprived of any kind of social coverage. In addition, the LOAS defined the basic principles of social assistance, placing it as a right of citizenship and removing from assistance the character of charity and philanthropy, giving it the perspective of becoming a social policy that characterized it as a duty of the state, the family and society towards all those who needed it.

Thus, social assistance also rose to the level of a universal social policy, since it did not require any kind of contribution for access to the social services and programs that would derive from it. In this respect, the Social Order Commission of the Constituent Assembly, 1988, states that:

It is imperative that welfare policies be included in the new constitutional charter, since more than half of the Brazilian population can be considered candidates for welfare programs, as the only way to guarantee their basic social rights. "Today it can be said, without fear of dispute, that Brazil is, realistically analyzed, a mostly miserable country, much more than just poor, or even indigent" (Jaguaribe et alii, 1986: 66). At the moment, around 42% of the country's total population is destitute. If you add to that what could be considered poverty, you get another 22%. Almost 65% of the Brazilian population can therefore be considered poor or miserable (Brasileiro e Mello, 1987, apud SPOSATI, 2010: 40).

¹⁴¹ OFFICIAL GAZETTE OF THE STATE OF PERNAMBUCO. March 17, 2021. Available at: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diario-oficial-17-mar-2021_portaria_sespe_no_187.pdf>. Accessed on: July 18, 2022.

However, the governments that followed the Constitution received a strong neoliberal influence that immediately prevented the realization of these rights in social policies. These rights were only institutionalized by the social-democratic governments of Lula and Dilma from the 2000s onwards, who instituted the National Social Assistance Policy (Política Nacional de Assistência Social - PNAS), the Unified Social Assistance System (SUAS), the Statute of the Elderly, the Youth Statute, as well as creating various social programs and benefits, including the Zero Hunger Program (Programa Fome Zero), aimed at the UN's millennium goals for eradicating poverty and hunger.

The PNAS was only regulated in 2004, with the aim of materializing the LOAS and thus promoting prevention, protection and social inclusion, based on the notion of family matrix, which recognizes the family as the axis for structuring its actions because it understands that family and community ties are an indispensable condition for individuals not to suffer situations of vulnerability or social risk. A year after the PNAS, in 2005, the Unified Social Assistance System (SUAS) was set up, with institutional facilities covering basic and special social protection. Basic Social Protection is responsible for preventing situations of risk and its main equipment is the Social Assistance Reference Centers (Centro de Referência de Assistência Social - CRAS), in which social interaction and bond strengthening services stand out. Special Social Protection, on the other hand, is aimed at those who have experienced situations of risk, whether personal or social, and/or who have had their rights violated. Its main facilities are the Specialized Social Assistance Reference Centres (CREAS) and the POP Centres (Centro Especializado para a População em Situação de Rua), which are aimed at the homeless population.

In Basic Protection, services, programs and projects are developed for the reception, coexistence and socialization of families and individuals, such as the Continued Protection Benefit (BPC), the Bolsa Família (BF), the Comprehensive Family Protection and Care Service (Programa de Atenção Integral à Família - PAIF), the Coexistence and Bond Strengthening Service (Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV), the Reception of Children and Adolescents, Socio-Educational Measures, CadÚnico and Eventual Benefits (BE). (RAICHELIS, et al., 2019: 97).

Special Social Protection is organized into medium and high complexity levels and is offered by CREAS and POP Centres, as well as entities such as the Reference Centre for People with Disabilities and Reception Units, such as: Home, Institutional Shelter, Republic, Inclusive Residence and House of Passage, hostel, substitute family, foster family, restrictive and deprivation of liberty socio-educational measures. According to authors Ozanira Silva, Raquel Raichelis, Carmelita Yazbek and Berenice Couto (2019), "special social protection is aimed at families and individuals at personal and social risk as a result of abandonment, mistreatment, sexual abuse, use of psychoactive substances, compliance with socio-educational measures, homelessness, child labor, among others". "In medium complexity, the PNAS provides for the following services: guidance and socio-family support, social duty, street approach, home care, habilitation and rehabilitation in the community for people with disabilities, Socio-educational Measures in the Open Environment (Medidas Sócio Educativas - MSE) and Community Service Provision (Práticas Sócio Comunitárias - PSC) (Brasil, 2005). "In high complexity, special protection involves services that must guarantee comprehensive protection (food, hygiene, protected work, housing) for individuals and families without a reference or in a situation of threat." (Brasil, 2005).

In view of the principle of administrative decentralization, the SUAS facilities (CRAS, CREAS and POP Centres) must be provided by the municipalities, in accordance with a requirement that corresponds to the number of inhabitants per Political Administrative Region (RPA), which considers the distribution of the population by neighbourhood. According to the PNAS (Brazil, 2005), "basic social protection has as its reference the service of accompanying territorial groups of up to 5,000 families in a situation of vulnerability, in nuclei of up to 20,000 inhabitants".

This is the legal guideline, but from the point of view of the concrete reality, the CRAS act as Reference Centers for a much larger population than expected, which hinders and compromises the quality of the work carried out by the professionals who work there. In the city of Recife, for example, whose population is estimated by the IBGE to be 1,661,017 inhabitants¹⁴², there are only 12 CRAS, distributed by RPAs (Political-Administrative Regions), 6 CREAS and 2 POP Centers to serve the entire population. This still reflects the lack of centrality of the Social Assistance Policy in the list of other social policies and, at the same time, represents a lack of concern on the part of government bodies when it comes to providing assistance to the population.

The professional teams are made up of social workers, psychologists, educators and administrative technicians, but the lack of an adequate number of CRAS in the municipalities means that these teams are insufficient to meet the demands of the population and makes it difficult to fulfill all the prerequisites of the PNAS, which also considers the need for community work as a reference for social studies and social diagnoses in the territories. In addition, the lack of definition of the sources of funds makes the Assistance Policy vulnerable to government interests which, in the current situation, are proving to be unfavorable to the financing of the services and programs provided for in the legislation. Strictly speaking, for the Social Security budget, LOAS recommends that:

States, the Federal District and municipalities should invest at least 5% of their total budgets in this area, as it is extremely important to set up co-financing, due to the high demand and requirement for resources for this policy (Brazil, PNAS, 2004).

During the Covid-19 pandemic, the distribution of investment in social assistance did not prioritize compliance with the legislation, insofar as the central government left spending on social assistance to the states and municipalities, a fact that represented a great effort on the part of these bodies and a lack of responsibility on the part of the administration at the federal level for social issues. The poorest municipalities were unable to cope with the demand, especially the demand that was most acute, which was the increase in poverty and hunger. The central government's negligence overburdened state and municipal authorities and prevented centralized action to tackle the pandemic, leaving decentralized authorities in charge of health and care, which led to these authorities acting in a particular way, according to their possibilities and financial resources. The communities and favelas did not receive adequate support in terms of resources and equipment to protect against the spread of the virus and the lockdown recommendation could not be followed to the letter, given the material needs for food and survival. It wasn't until very late in the process that the federal government approved emergency aid with the legislature, which now amounts to

¹⁴² IBGE. Brazilian Institute of Geography and Statistics. **Cities and States**. Available at: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/recife.html>>. Accessed on: July 24, 2022.

R\$600.00, after much negotiation in Congress, given that the executive branch's initial proposal was for only R\$200.00. In this regard, it is worth considering the debate on universalization versus selectivity in the provision of social assistance services and benefits, according to this important statement by Robélia Lopes:

we see some measures that, even if they are emergency measures in the context of the pandemic, have come with a strong focus and selectivity, such as emergency aid, which has been cut off from many workers who have been unable to access it due to the criteria that have been very confusing, due to the lack of transparency of the information, [we don't know:] where did this database come from, where were these people who are entitled or not entitled to emergency aid drawn from? This was a demand that came very concretely to us within the CRAS territory.¹⁴³

As a result, the work of social workers professionals was largely directed towards the distribution of basic food baskets to minimize the population's food insecurity and hunger, and the SUAS facilities became the reference for providing this service, as Robélia Lopes explains:

social assistance was focused on the distribution of basic food baskets. [...] As for the hunger demands, they were really emergency demands, and then we turned to technical assistance, which was also face-to-face, we didn't leave the territory at any time. (Idem)

The LOAS also recommends intersectoral action, in which welfare professionals are called upon to work in a social assistance network with professionals and services from other social policies, especially health and education. What Robélia Lopes also wants to tell us is that the working dynamics in health policy were different from those in social assistance policy, because in health the team set up a working proposal, because they were already prepared, due to previous experiences with other pandemics/endemics.

We can also see that the Núcleo de Atenção Sócio Familiar - NASF team had already structured a work proposal since the beginning of March 2020. Let's take a look at this excerpt from Robélia Lopes' statement:

In health policy, as we were already concerned about this, we were already on alert, when, in March 2020, community contamination was decreed, and cases began to occur here in Pernambuco, we already built a work proposal. The NASF team is a multi-professional team in which we have a social worker (that's me), nutritionist, speech therapist, physiotherapist and occupational therapist. And we designed and redesigned our work process, which already included some activities that could be done remotely and others that could be done face-to-face. [...] Later, when Recife issued the protocols, our proposal was already incorporated into the initial management protocol. So we kind of anticipated the process, which was very interesting, because it was a collective process and the management of the NASF incorporated the processes discussed by the teams. Then these processes were published: an article came out with this design of the work processes as we had designed them. (Idem)

This network action was a characteristic that marked the work in the area of assistance during the pandemic, given that the health area constantly required the support of social assistance

¹⁴³ Program Crivando a Pandemia, N°15. Available at: <<https://www.youtube.com/watch?v=7AUgJvZXOs8>>. Accessed on: July 24, 2022.

services to meet the needs of the population, which were expressed in conjunction with the needs of the pandemic and exacerbated the condition of vulnerability and risk in which the population found itself. The mapping of this network, done by the social workers, was soon socialized through educational materials, using resources such as whatsapp, instagram, etc. to guide users and other professionals. In Robélia's case, we can see the quality of this important social action:

I started to provide care at the unit for certain situations in order to make referrals to certain services, so I had to map out this network, [...] try to identify how the CAPS was working, how this gateway was, with Covid changing all the time, how the dynamics of certain services were, and then from this mapping of the network and seeing how the flow and protocol of the services was in order to receive the users who arrived, we prepared [...] some educational, pedagogical materials. The main source of dissemination of these materials were the WhatsApp groups we set up with the pregnant women and elderly people we were already monitoring. So we created WhatsApp groups and we also opened up Instagram for anyone to access.

Information Technologies - ICTs and the work of social workers

A fundamental support for the work of social workers in this context was remote work, which strengthened the social assistance network and acted as a possible alternative to respond to emerging social demands and needs. According to social worker Kylvia: "we had to adapt very quickly to these tools and it was these tools that enabled us to organize that network". (cit.)

The debate on the repercussions of information technologies (ICTs) on the professional work of social workers is becoming an increasingly studied and researched topic, because ICTs are becoming increasingly present, not only in companies, but also in social policies.

We agree with Raquel Raichelis and Carola C. Arregui (2021) when they state:

In the current pandemic, what was residual and embryonic, such as remote work or teleworking, has become widespread as the "new normal" - which should not be naturalized -, requiring critical monitoring, as many of these work modalities, adopted in exceptional situations, tend to remain even after the pandemic, including in teaching work. (RAICHELIS, ARREGUI, 2021, p. 145)

Remote work, supported by ICTs, not only takes place in unsuitable spaces (after all, the home wasn't created for work), but also transfers the costs to the workers themselves (internet, data packages, computer maintenance, electricity, etc.) and has a greater impact on women, since, in the traditional sexual division of labor, they are the ones who take on responsibility for domestic activities, caring for children, the elderly and the sick, suffering greater invasion of working time in private life. (Idem, p. 146)

In this context, the authors also point out important reflections and strategies for professional work, in order to encourage the exercise of their professional autonomy.

It is essential that professionals define technically and ethically what cannot be done in the teleworking modality, what can be done and under what conditions, so that job security, quality of care, professional secrecy and respect for the rights of users and workers are guaranteed. Otherwise, these decisions will certainly be imposed by institutional power during and after the pandemic (Idem, p. 148)

Thus, many benefits began to be accessed remotely, but in the case of assistance, professional work functioned as a way of mediating information and training the population to make it possible to access the benefit, as in the case of the BPC. In her report, social worker Robélia also expressed concern about a trend towards "platformization" for access to benefits, especially BPC. This trend makes it difficult for the population to access this benefit, because some of the population either doesn't have a cell phone to download the app, or doesn't have the knowledge to use the platform. This process, according to Robélia, is a form of expropriation of rights:

we also met a lot of demand for BPC because, with the INSS closed, the population didn't have access to information, they didn't use the technological equipment. I think this computerization is a form of expropriation of rights, so the population didn't have access, they didn't understand these changes and CRAS was the service that met these territorial demands (cit.).

In this respect, we agree with Boschetti and Teixeira when they state that:

the expropriation of social rights is understood as the process of subtracting the historical conditions for the reproduction of the workforce mediated by the welfare state through the re-appropriation by capital of part of the public funds previously earmarked for the rights won by the working class through successive and overwhelming counter-reforms in social policies, which forces the working class to offer their labor power on the market at any cost and to submit to the most perverse and precarious labor relations, which exacerbate the extraction of relative and absolute surplus value (BOSCHETTI, TEIXEIRA, 2019, p. 81). 81).

The pedagogical dimension of professional work

One interesting point Robélia made was that, as a social worker, she tried to read up on the experience of other countries during the pandemic (such as Portugal and Spain), so that she could anticipate future demands that might come to the social works, such as the increase in cases of violence against women.

So I looked for some articles from Portugal, due to the accessibility of the language, and also from Spain. So I saw some "bottlenecks", some situations, some expressions of the social question in that context, and then I saw that they pointed out a lot of mental health issues and issues of an increase in situations of violation of rights and violence against women, against the elderly. So, based on this study of what could happen in the area, and imagining that it could happen in a more accentuated way. [...] These cases, I, as the Center, listed as emergencies and they would be cases that, yes, I would make a home visit in accordance with the protocols. (Idem)

And in fact we received a lot of complaints from the community: I think the community became more sensitive and more attentive to these situations of violation of rights and negligence [...] And I think that the Public Prosecutor's Office closed its offices and these demands were very present for us who were in the area. (Idem)

In this context, the pedagogical dimension of Social Work was very much in demand, due to the demands emerging in the area, and was greatly enhanced by the social workers, as can be seen in the following statement:

We organized this dimension, both in terms of assistance, technical assistance in terms of care, monitoring, home visits; and we reorganized the demands of the pedagogical dimension, which are the groups we used to run, so we rebuilt groups remotely that already existed? for

pregnant women... for the elderly. We produced a lot of educational material. During this period we were receiving residents from the Department of Health's family health residency program, so together with the residents we built a lot of educational material, which facilitated our remote activities, the groups and this approach. (Robélia, cit.)

A little newspaper was also produced to disseminate information to other health professionals, through which the professionals talked about their experiences. The newspaper was also used as a tool for debate and political reflection, such as the debate on the issue of race - "Black Lives Matter". (Robélia, cit.).

Let's now take a look at a statement by a social worker, Priscylla Cavalcante, who reaffirms the importance of the *lives* as an explanation of the pedagogical dimension of the professionals' practice:

I would like to highlight the importance for social work professionals of the courses/meetings/seminars/debates (CRESS/CFESS/Professors) that were proposed and carried out via *live streams* during the pandemic period, using technology to strengthen/improve the professional category.¹⁴⁴

In fact, the pedagogical dimension is inherent and indispensable to the work of the social worker, in any socio-occupational space, especially in communities and territories, because it is that dimension capable of removing individuals and users of Social Work and the population in general from common sense and giving them a perspective of awareness that allows them to understand and act in the face of reality in a critical and organized way. According to Marina Abreu's analysis,

The pedagogical dimension of Social Work refers to its primary, essential function in society, i.e., it concerns the effects of professional action on the way the subjects involved in this process think and act, contributing to the formation of subjectivities and individual and collective patterns of conduct, elements that constitute a culture, which, based on Gramscian analysis, concerns the way of life, i.e., the way of thinking and acting, sociability, appropriate to the rationalization of production and work, therefore, a dimension of the relations of hegemony in society (ABREU, 2004, p. 66). 66)

In this regard, we recommend reading our article *Ethics, Science and Pandemic*, published in the journal *Cadernos GEPE* (MUSTAFÁ, 2021), in which we reflect "on the need to question the very meaning of science and the urgency that we have, in times of postmodernity, to inaugurate a reflection on what science is and what the watershed is with common sense". In other words:

[...] we have made some considerations about the tradition that underpins the very concept of science, as far back as ancient philosophy, which is the foundation of Western culture, and the debate that has permeated the notion of science and common sense for centuries, to extract the contributions of dialectical historical materialist thinking, which represented a watershed in understanding the meaning of ideology, as an inverted version of reality that mystifies facts, attributing to them their own or divine existence, underestimating the

¹⁴⁴ Crivando a Pandemia Program. Nº13. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=NE5bdRC7pAc&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=13>. Accessed on: July 24, 2022.

rational capacity of human beings to interpret reality and act on it consciously and autonomously¹⁴⁵ .

In this sense, it is also interesting to see the commitment of professionals to socialize professional experiences/reports by writing articles about their work process:

Our experience of caring for the mental health of workers [...] we also managed to publish our article in the journal *Estudos Universitários* from UFPE, which just came out in December. So we were thinking about experiences and systematizing them because it was all very new, and we also had this vision of publishing and socializing these experiences. (Robélia, Idem).

Other professionals took part in WGs (Working Groups) to reflect on and draw up protocols that would support the work of the professionals themselves, given the demands presented by users, as can be seen in José Albuquerque's testimony:

I took part in this WG, at national level, representing Superintendence 4, which is the Northeast Region of the INSS. In addition to me, I was a social worker and there were professionals from other areas, such as OT, physio, and we discussed how the rehabilitation service could provide these services, and then we drew up an ordinance to standardize these services for the population¹⁴⁶ .

Failure to prioritize social workers who work in the area of care as a priority during the pandemic period

Robélia also pointed out her commitment to the fight for vaccination among social assistance workers, as they were not included in the National Immunization Plan and were also given Personal Protective Equipment - PPE of dubious quality, when they needed good equipment to carry out their work in person, especially home visits:

We organized ourselves politically and had to face a huge challenge, because at no point did we leave the territory, we stopped working, but we weren't included in the national immunization plan. The social assistance policy was made invisible. And so we had to organize ourselves politically, create strategies to fight so that we would be seen and vaccinated, and then we made a great strategy of meetings, mobilizations, a one-day stoppage, we set up banners, we took to the streets with few people, with social distancing, but we needed to be seen because otherwise we wouldn't be vaccinated. I was vaccinated because I was also a health worker, but my colleagues weren't and they were exposed all the time.

In addition to political action in the fight for labor rights, this statement shows "class solidarity" because although she (Robélia) was vaccinated because she was also a health professional, the rest of her colleagues were not. So she participated in and contributed to the organization of care workers. It is worth highlighting the historical trajectory of the organization of social assistance workers in Recife, which can be accessed from the article by Salyanna de

¹⁴⁵ MUSTAFÁ, Maria Alexandra. Ethics, Science, Pandemic and Social Work. In: **Cadernos GEPE**. Available at: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernosgepe/article/view/252877>>. Accessed on: July 24, 2022.

¹⁴⁶ Crivando a Pandemia Program No. 15. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=7AUgJVZxOs8&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=15>. Accessed on: July 24, 2022.

Souza Silva and Alexandra Mustafá that gives visibility to this struggle in social assistance policy in the city of Recife¹⁴⁷.

Final Considerations

The Prioritization of Ethics and Lessons for the Future of Social Work

The Brazilian Social Work has adopted Marxist thought as the basis of its theoretical-methodological principles since the "Congress of the Turn" in 1979, when it came to the conclusion, after a long historical and analytical journey, that the fundamental principle of Marx's ethics, which is the inadmissibility of the exploitation of man, cannot be accepted by a profession like ours, which is necessary and eminently humanist. From then on, it created an Ethical-Political Project, radically humanist, which, to this day, gives direction to professional training and practice, in its ethical-political, theoretical-methodological and technical-operational dimensions, in the quest to build an emancipated, free and democratic society. The results of this Ethical-Political Project were, respectively, the reformulation of the curriculum guidelines (1996), the reformulation of the Law Regulating the Profession (1993), which defines the attributions and competencies of social workers, and the reformulation of the Code of Ethics (1993), whose basic principles are the uncompromising defense of human rights, democracy, social justice, the fight against discrimination and prejudice and the defense of a new societal order.

In line with the Global Ethical Principles for World Social Work¹⁴⁸, drawn up by IASSW-AIETS and FITS (2016), one of the clauses in our Code of Ethics is the commitment to defending the population in situations of calamity. The pandemic has represented a major calamity worldwide, leaving all human beings vulnerable, especially those in situations of poverty or weakened personal immunity, such as the elderly.

Faced with this situation, the social workers interviewed expressed their adherence to this clause and, even in a situation of risk, put themselves on the front line of the fight against the pandemic, in all socio-occupational spaces, particularly in those of health, care and social gerontology that required face-to-face and remote assistance, simultaneously. Some social workers have even said that, faced with the unprecedented nature of the pandemic, in addition to the theoretical and methodological resources that make up their intellectual and practical background, acquired in the training process, they found greater support in the principles and norms set out in the Code of Ethics, as we can see in the testimony of Iara Nunes:

We had to review the instruments; consult the legislation, see how they were working in other places. It was a time of study and analysis of how we should act, preserving the guarantee of confidentiality in non-face-to-face consultations (a key issue in socio-legal work). At first, the institution didn't provide any tools for the new reality. As social workers, according to the code of ethics, we have a duty to provide guidance, inform about rights, etc. [...] I can say that I'm not the same after the pandemic; I'm proud of my profession, even more so after the pandemic; for the theoretical

¹⁴⁷ SILVA, Salyanna de Souza; MUSTAFÁ, Maria Alexandra da Silva Monteiro. Ethical-political project, class consciousness and societal project: a dialectical relationship. In: **Revista Temporalis**, v.11, nº 2, 2011. Available at: <<https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/2190>>. Accessed on December 12, 2021.

¹⁴⁸ IASSW-FITS. **Global Declaration of Ethical Principles of Social Work**. Available at: <<https://www.iassw-aiets.org/wp-content/uploads/2021/09/Declaracao-Global-de-Servico-Social-de-Principios-Eticos.pdf>>. Accessed on: July 24, 2022.

methodological framework, the code of ethics, the professional commitment. [...] Neoliberalism is increasingly proving that it is not concerned with life; it is a project of death. Social Work has a Code of Ethics that demands Life, another society and other values.¹⁴⁹

Many contracted the virus and, after the quarantine period, returned to work, with the prospect of contributing to the process of securing the rights of the working class, in the face of a state that was absent and slow in the face of a situation that demanded agility and prompt action.

The ethical commitment also manifested itself in the need for the professional category to work together to define attributions and competencies, given the immensity of the demands that came from both users and other professionals in the work teams, which were outside the scope of what Social Work does, as can be seen in Verônica Moura's testimony:

The first action was to demystify fake news in my work, in my social environment, because as soon as false information reaches society and people believe it, it will seriously harm the fight against this pandemic.¹⁵⁰

Another way of giving visibility to this ethical commitment was to reflect scientifically on the situation, even in the face of the panic that dominated and infected the population. Various study groups and working groups were set up to think about "what to do" and "how to combat the denialism" that flooded Brazil and the world. Articles and books were written, based on the demands of the universities and their study groups, and served as a support for conscious professional action, devoid of the immediacy that was the most prevalent temptation at that time, which is revealed in the conscience of Kylvia Martins, when she gave the following testimony:

made me think a lot was the concept of the verb parar. What does it mean to stop? I remember that when we were at the height of these actions, Professor Sálvea [Campelo], Professor [Alexandra] Mustafá, some professors contacted us asking us to sit down and write down what we were doing at the time and what we are still doing today. And then I said: My God! It's such a simple thing! But how important it was to really have this moment to stop and reflect! It's not just doing for the sake of doing, it's important to stop at that moment.¹⁵¹

Thus, the conclusions emerging from the whole experience of the pandemic point to the need to create specialized courses for dealing with disasters and to prioritize, in professional training, subjects that reflect on the real lived and all the experience accumulated during this period. As Priscylla Cavalcante states,

¹⁴⁹ Crivando a Pandemia Program No. 2. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=HHNvbRmHdEo&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=2>. Accessed on: 25 July 2022.

¹⁵⁰ Crivando a Pandemia Program No. 1. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=Y8pktpUodZE&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=1>. Accessed on: July 24, 2022.

¹⁵¹ Crivando a Pandemia Program No. 13. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=NE5bdRC7pAc&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=13>. Accessed on July 24, 2022.

I'd like to highlight the issue of public calamity. I don't know if it would be a subject or a short extension course of 20 or 30 hours. Or even a fixed subject within the framework of Social Work, but something that deals with public calamity and Social Work. [...] It's a hard lesson; we're not doing, as humanity, what we could be doing to help and assist the most fragile. We know the origin of this; a system that preys on the environment and life. We have to strengthen the struggle for life and be aware of the origin of the problems; we will do this collectively; via ongoing training. strategies for collective confrontation; continue to build critical knowledge for strategies; establish partnerships in defence of life and organize communities; strengthen collective spaces for discussion and decision-making; strengthen the link between academia and professional practice.¹⁵²

The same concept of the need for professional development, based on the experience of working during the pandemic, can be seen in the testimonies of Maria de Fátima Falcão and Ionara, respectively:

I wasn't prepared professionally. We need training for public calamity situations, to determine priorities; we need to be equipped for this; online training, spaces like this one today; from our experience, we build elements to act in public calamity; dealing with direct contagion, with the invisible, is different; we are not trained for this; the vaccine was an important moment that, unfortunately, took too long due to the misgovernment we have; we could create subjects in the curriculum of courses on this subject.¹⁵³

I feel the need for literature on care for families in health, food, assistance, humanization of health, not in a romantic way, but in a concrete way; involving families in this process of care and resolution, not just referring them to assistance; new dynamics in care for situations of violence. The care provided during the pandemic was very problematic and limited, it can't be repeated; issues related to the elderly; we have to bring teaching and professional work closer together.¹⁵⁴

Finally, we would like to quote the words of Iara Nunes, who sums up the feelings and perceptions of social work professionals as a conclusion to what they have experienced and their awareness of the profession's potential:

I'm proud to have this training to understand reality. It's a process of education for the whole of humanity; the capitalist system can no longer sustain itself! Art, education, politics are fundamental spaces, necessary tools for this work of raising awareness,

¹⁵² Crivando a Pandemia Program No. 13. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=NE5bdRC7pAc&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=13>. Accessed on July 24, 2022.

¹⁵³ Crivando a Pandemia Program No. 4. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=mu-ipBKbTbs&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=4>. Accessed on: July 24, 2022.

¹⁵⁴ Crivando a Pandemia Program No. 13. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=NE5bdRC7pAc&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=13>. Accessed on July 24, 2022.

which is a very difficult job. I intend to be a more active, better, more engaged social worker in the fight against the pandemic.¹⁵⁵

Acknowledgments.

We would like to express our most sincere thanks to the social workers who actively participated in the Crivando a Pandemia program as members of the UFPE Group for Studies and Research on Ethics (GEPE), without whom it would not have been possible to carry it out so masterfully. They are: Cíntia Maria Silva, Luana Corrêa, Verônica Moura, Matheus Gomes and Cleomar Melo.

REFERENCES

ABREU, Marina Maciel. A dimensão pedagógica do Serviço Social. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**, nº 79 – Ano XXV – Especial 2004.

ANTISERI, Dario; REALE, Giovanni. **Filosofia: Antiguidade e Idade Média**. Vol. I. São Paulo: Paulus, 2017.

ANTUNES, Ricardo. **O trabalho sob fogo cruzado**. Boitempo: São Paulo, 2020.

BOSCEHTTI, Ivanete Salet; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. O draconiano ajuste fiscal no Brasil e a expropriação de direitos da seguridade social. In: SALVADOR, Evilasio; BEHRING, Elaine; LIMA, Rita de Lourdes de (orgs.). **Crise do capital e fundo público: implicações para o trabalho, os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2019.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social e projeto ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania? In: *Revista Serviço Social e Sociedade*. nº 79. São Paulo: Cortez, 2004, p. 108-132.

BRASIL DE FATO. **Brasil ultrapassa marca de mil indígenas mortos em decorrência da covid-19**. Disponível em <<https://www.brasildefato.com.br/2021/03/13/brasil-ultrapassa-marca-de-mil-indigenas-mortos-em-decorrencia-da-covid-19>>. Acesso em: 21 jun. 2022.

BRASIL SEM FOME. **Em pouco mais de um ano, são 14 milhões de novos famintos no Brasil**. (Fonte: Rede PENSSAN). Disponível em: <<https://www.brasilsemfome.org.br/>>. Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS) 2004; Norma Operacional Básica (NOB/SUAS)**. Disponível em: <<https://www.prattein.com.br/home/images/stories/PDFs/PNAS-2004.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2022.

CARTA CAPITAL. **Os estímulos econômicos do governo beiram o ridículo...** Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/opiniao/os-estimulos-economicos-do-governo-beiram-o-ridiculo/>>. Acesso em 26 jan. 2022.

CBN Recife. **MPPE recomenda testagem geral de Covid-19 nos idosos residentes e equipes profissionais das ILPIs do Recife**. Disponível em: <<https://www.cbnrecife.com/artigo/mppe-recomenda-testagem-geral-de-covid-19-nos-idosos-residentes-e-equipes-profissionais-das-ilpis-do-recife>>. Acesso em: 16 jul. 2022.

¹⁵⁵ Crivando a Pandemia Program No. 2. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=HHNvbRmHdEo&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=2>. Accessed on: 25 July 2022.

CNN Brasil. **Fortuna de bilionários do mundo cresceu 60% durante a pandemia.** Disponível em: <[https://www.cnnbrasil.com.br/business/fortuna-de-bilionarios-do-mundo-cresceu-60-durante-a-pandemia/?amp.](https://www.cnnbrasil.com.br/business/fortuna-de-bilionarios-do-mundo-cresceu-60-durante-a-pandemia/?amp;)>. Acesso em 26 jan. 2020).

_____. **Negros têm 1,5 vezes mais chances de morrer por Covid-19 no Brasil, diz OCDE.** Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/negros-tem-15-mais-chance-de-morrer-por-covid-19-no-brasil-diz-ocde/>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

CONTI, Silvana. **O negacionismo como estratégia política.** Sul21, 2020. Disponível em: <<https://sul21.com.br/opiniaio/2020/06/o-negacionismo-como-estrategia-politica-por-silvana-conti/>>. Acesso em: 25 jan. 2022.

CORRÊA, Luana; LIMA DA SILVA, Micelane. O papel do assistente social nos abrigos/ILPIs e a interdisciplinaridade no trabalho com idosos. In: MUSTAFÁ, Alexandra (org.). **Serviço Social e gerontologia: a proteção da pessoa idosa em tempos de pandemia.** 2020. Disponível em: <<https://editora.ufpe.br/books/catalog/view/362/372/1094>>. Acesso em: 16 jul. 2022.

CORREIO BRASILIENSE. **Pacote anunciado pelo governo deve liberar R\$ 1,2 trilhão aos bancos.** Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/economia/2020/03/24/internas_economia,836224/pacote-anunciado-pelo-governo-deve-liberar-r-1-2-trilhao-aos-bancos.shtml>. Acesso em 26 jan. 2022.

DE ANCHIETA, Padre José. **CARTAS, Informações, Fragmentos Históricos e Sermões do Padre Joseph de Anchieta, S. J. (1554 - 1594).** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1933. Disponível em: <http://objdigital.bn.br/objdigital2/acervo_digital/div_obrasraras/or84081/or84081.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2022.

DE ANDRADE, Tânia; DIONÍSIO, Fabíola. Condições de vida da pessoa idosa nos abrigos/ILPIs: natureza dos abrigos e suas implicações sociais, políticas e ideológicas. In: MUSTAFÁ, Alexandra (org.). **Serviço Social e gerontologia: a proteção da pessoa idosa em tempos de pandemia.** 2020. Disponível em: <<https://editora.ufpe.br/books/catalog/view/362/372/1094>>. Acesso em: 16 jul. 2022.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. Publicado em: 04/02/2020, Edição: 24-A, Seção: 1 – Extra, Página: 1. Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>>. Acesso: 23 jan. 2022.

DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE PERNAMBUCO. 17 de março de 2021. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diario-oficial-17-mar-2021_portaria_sespe_no_187.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2022.

FIOCRUZ. **Brasil de Volta ao Mapa de Fome.** Disponível em <<https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/noticias/brasil-de-volta-ao-mapa-da-fome>>. Acesso em: 18 jul. 2022.

_____. **Negros são os que mais Morrem por Covid-19 e os que Menos Recebem Vacinas No Brasil.** Disponível em: <<https://www.epsvj.fiocruz.br/podcast/negros-sao-os-que-mais-morrem-por-covid-19-e-os-que-menos-recebem-vacinas-no-brasil>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

FIOCRUZ. **Estudo identifica principais fake news relacionadas à Covid-19.** Portal Fiocruz. Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. 21 maio 2020. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-identifica-principais-fake-news-relacionadas-covid-19>>. Acesso em: 13 maio 2021.

FOLHA DE SÃO PAULO. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/01/bh-diz-ter-caso-suspeito-de-coronavirus-mas-ministerio-da-saude-diz-que-e-alarme-falso.shtml>>. Acesso em: 23 jan. 2022.

GAZETA DO POVO. **6 medidas incomuns adotadas pela China para conter o coronavírus.** Por Isabella Mayer de Moura 17/02/2020. Disponível em: <<https://www.gazetadopovo.com.br/mundo/6-medidas-incomuns-adotadas-pela-china-para-conter-coronavirus/>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

IASSW-FITS. **Declaração Global de Princípios Éticos de Serviço Social.** Disponível em: <<https://www.iassw-aiets.org/wp-content/uploads/2021/09/Declaracao-Global-de-Servico-Social-de-Principios-Eticos.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados.** Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/recife.html>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

_____. **Em 2010, Brasil tinha 8,3 milhões de pessoas morando em áreas com risco de desastres naturais.** Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21565-em-2010-brasil-tinha-8-3-milhoes-de-pessoas-morando-em-areas-com-risco-de-desastres-naturais>>. Acesso em: 17 jun. 2022.

_____. **Desemprego.** Disponível em: <ibge.gov.br/explica/desemprego.php>. Acesso em: 18 jul. 2022.

JORNAL DCE. **Entenda o que é Negacionismo e porque a palavra tem sido usada.** Disponível em: <<https://www.dci.com.br/dci-mais/noticias/brasil/entenda-o-que-e-negacionismo-e-porque-a-palavra-tem-sido-usada/82511/>> Acesso em: 25 jan. 2022.

MARTINS, Elizangela; CAPELO E PAIVA, Sálvea; SILVA, Vanessa (orgs.). Observatório ILPI. 26 em Tempos de Pandemia: uma articulação em defesa dos direitos das pessoas idosas. Curitiba: CRV, 2021.

MARTINS, Tereza Cristina. Racismo Estrutural, Institucional e Serviço Social. São Cristóvão: UFS, 2020.

MELO, Delaine Cavalcanti Santana de; SILVA, Lorena Karla Melo da. Estratégias Formativas e Assistenciais na Saúde em um Ano Inimaginável. In: **Cadernos GEPE**. V. 1, n. 1, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernosgepe/article/view/252875/40283>>. Acesso em: 25 jun. 2021.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan./mar. 2014, p.77-92. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2022.

MUSTAFÁ, Maria Alexandra da S. Monteiro. Ética, Ciência, Pandemia e Serviço Social. In: **Cadernos GEPE**. V.1. n. 1, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernosgepe/article/view/252877/40285>>. Acesso em: 26 jun. 2022.

MUSTAFÁ, Alexandra; MELO, Luanna. BLACK LIVES MATTER: a reflection. In: **Social Dialogue**. Disponível em: <https://socialdialogue.online/sd23/07_article.html> n.>. Acesso em: 25 jul. 2022.

NETO, José Paulo. Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez, 1991.

OCDE. **Health at a Glance 2021.** Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_919b5f62-en>. Acesso em: 24 jul. 2022.

OLIVEIRA FILHO, Ivanildo; MELO, Luanna. A América em tempos de pandemia: A desigualdade entre os países no enfrentamento da COVID-19. In: **Cadernos GEPE**, V. 1, n. 1, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernosgepe/article/view/252894>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

OPAS. **Histórico da Pandemia de COVID-19.** Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>. Acesso em: 23 jan. 2022.

PODER 360. **Coronavirus matou 142 mil Idosos no Brasil.** Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/coronavirus/coronavirus-matou-142-mil-idosos-no-brasil-conheca-situacao-de-5-paises/>>. Acesso em: 16 jun. 2022.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA. **Recursos Federais destinados ao combate da pandemia de CORONAVÍRUS (COVID-19).** Disponível em: <www.portaltransparencia.gov.br/coronavirus?ano=2021>. Acesso em: 26 jan. 2022.

PROGRAMA CRIVANDO A PANDEMIA. **Playlist.** In: Canal IASSW-BRASIL. Disponível em: <https://www.youtube.com/playlist?list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3>. Acesso em: 24 jul. 2022.

RAICHELIS, Raquel; SILVA, Ma. Ozanira; COUTO, Berenice; YAZBEK, Carmelita. (Orgs). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: disputas e resistências em movimento.** São Paulo: Cortez, 2019.

RAICHELIS, Raquel; ARREGUI, Carola C. **O trabalho no fio da navalha: nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia.** In: Revista Serviço Social & sociedade, nº 140, 2021.

SILVA, Cíntia. TEMPOS DE PANDEMIA: Fake news, negacionismo e atuação ético-política do(a) assistente social. In: **Cadernos Gepe**, V1, n.1., 2021. Disponível em <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernosgepe/article/view/252885>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

SILVA, Salyanna de Souza; MUSTAFÁ, Maria Alexandra da Silva Monteiro. Projeto ético-político, consciência de classe e projeto societário: uma relação dialética. In: **Revista Temporalis**, v.11, nº 2, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/2190>. Acesso em 12 de dezembro de 2021.

SPOSATI, Aldaíza. **A menina LOAS: um processo de construção da assistência social.** São Paulo: Cortez, 2010.

SUL21. **Em duas semanas, número de negros mortos por coronavírus é cinco vezes maior no Brasil.** Disponível em: <<https://sul21.com.br/coronavirus-2/2020/05/em-duas-semanas-numero-de-negros-mortos-por-coronavirus-e-cinco-vezes-maior-no-brasil/>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

UOL. **Ministro: coronavírus preocupa no Carnaval, mas não tem como parar a vida...** Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/01/31/ministro-coronavirus-preocupa-no-carnaval-mas-nao-tem-como-parar-a-vida.htm>>. Acesso: 13 maio 2022.

ITALY

Social work and pandemic from COVID-19 in Italy: maturing the professional consciousness of being science and art together

*Lluís Francesc Peris Cancio¹⁵⁶
Maddalena Floriana Grassi¹⁵⁷*

In an attempt to investigate globally what the process of becoming aware of the changes that have occurred in social service practice during and after the pandemic emergency from COVID-19 and what reflections have developed around the changes to be made in social service teachings aimed at students, this contribution reports a cross-section of the Italian experience.

The first part of the chapter reconstructs what happened historically in Italy during the advent of the pandemic, highlighting, on the one hand, its impact nationwide and across sectors of social and economic life and, on the other hand, the characteristics of its coping from a social service perspective.

The reconstruction of the situation in which social service has come to find itself and the various resilience strategies put in place has been possible mainly thanks to the studies that flourished in the pandemic years that highlighted the link between being a person and being a professional, between the protection of health and the protection of the physical and social environment, between the individual and the collective good. These links, which were already there, became more visible and stronger than in the past, to the point of entering the sphere of personal freedoms generating, on the one hand, manifestations of dissent, skepticism, and disbelief with respect to the knowledge that what was happening was real; and on the other hand, manifestations of solidarity on the part of the inhabitants of territorial communities according to reciprocity and with special attention to the weakest groups.

In the last part of the chapter, the results of the research carried out in Italy are presented and the testimonies and reflections of the social workers who participated in the study are reported, according to the internationally agreed dimensions of analysis: the process of becoming aware of emergency and the role of social service in emergency; the ethical-political, theoretical-methodological and theoretical-practical dimensions of professional work in the contexts and organizations to which they belong; and the learnings that professionals believe should be integrated into the training of students who represent the future of social service.

¹⁵⁶ Sapienza University of Rome

¹⁵⁷ University of Bari Aldo Moro

The immediate impact of the pandemic in Italy

Italy holds the sad world record of being the first country, after China, to be overwhelmed by the severe effects of the pandemic on its national territory. From December 2019, when the first cases appeared, until the beginning of the year 2020, when media attention focused on Bergamo and Lombardy, there was the "lighting of a fuse" that day after day turned into an unprecedented real threat for the entire national territory.

It could be said that the Italian government's reaction was timely from the very first moment, even in the absolute novelty of an unprecedented health crisis situation: as early as February 23, 2020, the Council of Ministers passed an initial Presidential Decree (DPCM) on the first measures to contain and manage the epidemiological emergency from COVID-19. The decree covered a restricted territory, namely, municipalities in Lombardy and Veneto and was intended to counter the first fast wave of contagions before they spread to the rest of the national territory and whose consequences for the infected were lethal. But ~~the~~ situation immediately precipitated and had to be accelerated with further measures to counter the spread: only two days later, on February 25, a second, much more stringent Decree followed, applied to wider sectors of the country. Along with people, a large part of economic, educational and educational, cultural, religious worship, sports and various forms of public sociality activities in the regions of Northern Italy had to be stopped. Faced with the massive economic consequences that this decision entailed in the immediate aftermath, just three days later it became necessary to issue a new decree-law that introduced urgent measures to support paralyzed families, workers and productive activities.

For most Italians, however, the date of March 4, 2020, the day on which the Prime Minister signed a new decree that incisively affected the entire national territory, with no more regional differences, has remained etched in their minds: the ban on all forms of gathering of people in public places or places open to the public now had national extension. It was above all the closure of all Italian schools that plunged the population into the realization that this was now an unprecedented health emergency. In no other Western country was the situation so severe, and Italy was the first European country to impose such a drastic *lockdown*. Within days all commercial and retail activities were closed.

On March 22, the ministers of Health and the Interior adopted a new ordinance forbidding all individuals from moving or commuting by public or private means of transportation to municipalities other than those in which they were located, except for proven business needs or absolute urgency. As in the war, the term *curfew came to* scan the lives of all Italians: as soon as the evening hour struck no one could leave their homes. Such a restriction of freedom had never been seen in the entire history of republican Italy, from 1948 to the present. Thus, in the span of a single month, the entire population found itself in a situation of unprecedented exceptionality.

The emergency also caused perplexity among many people: the calamity had not manifested itself from a violent impact or a catastrophe visible to all, such as to justify a mobilization of relief that would then gradually fade away until normality was restored; rather, a series of initially contained cases expanded exponentially, however, giving rise to a statistic of contagions and deaths, and thus to the perception of an invisible enemy that had to be contained in its looming menace, without, however, certainty about remedies, nor about the duration of the phenomenon (Gui, 2020).

Reports of contagions, the dead and the cured immediately became daily, evidence of a problem on a global scale, intangible, mysterious, unknown. The calamity was immediately

pervasive, affecting everyone, victims and rescuers alike, and finding experts, scientists, and institutions unprepared. Extreme uncertainty shrouded predictions about the duration of the epidemic, which had since become a pandemic, and about the path leading to the restoration of normalcy. The feeling of helplessness in the face of the unstoppable growth of the contagions was rampant. This *invisibility of the enemy* meant that, from the first days, a part of the population was opposed or resistant to the measures, incredulous of their necessity, on some occasions doubtful to the point of reading into them a conspiracy of institutions, artifices of a fabrication or exaggerated calibration of risks that resulted in a restriction of personal freedoms that was difficult to accept.

The social worker as a person and as a professional in pandemic emergence.

As one of the leading social service researches carried out in Italy points out, the impact of the emergency has seen social workers involved on the front lines in combating the effects of the pandemic both as individuals and as professionals (Mordeglia, 2020). In fact, the absolute novelty of the consequences of COVID-19 is in the fact that it can only be understood as a total social fact, as a phenomenon that transforms all dimensions of the social, all mechanisms of functioning of the community of reference (Mauss, 1924). The pandemic completely shook the foundations of society and overturned the economic, political, cultural and, even, symbolic dynamics in which social service, and social workers, had operated up to that point.

Unlike the Anglo-Saxon literature on social service, the Italian literature does not boast much reflection on the capacity of social service to deal with disasters, crises and shocks as in the case of earthquakes, floods and natural disasters. What happened with the pandemic certainly caught most social service professionals unprepared. As the president of CNOAS¹⁵⁸ argues, the "upheaval" that the pandemic has produced in the territorial social protection, social and health care systems has had more serious consequences as a consequence of the timing of social policies in Italy: *austerity* measures and *new public management* applied to health and social care in recent years with linear cuts and a reduction in investment in the training of professionals have had their influence. In addition, Italy is pervaded by critical elements related to fragmented and cumbersome *governance*, a failure to define organic policies at the national and regional levels, and infrastructural (service) gaps both intraregional and interregional, with prevalence of economic and performance transfers at the expense of prevention and support logics and interventions (Gazzi, 2020).

In every catastrophe and calamity, the first moments are marked by alarm, confusion, a deflagration that overwhelmingly disrupts *routine* (Desai, 2006). What is taken for granted, what is part of the everyday, is no longer "in its place" or, even, no longer there. The environmental context appears to have changed abruptly, to the point of being unrecognizable (Dominelli, 2013; Gui, 2016). This is what has happened to the Italian social service since March 2020, bringing with it an alarming and disorienting disorientation.

With the onset of the pandemic, social services and social workers have been invested with a feeling of uncertainty. According to Gui (2018), unlike other professionals with a purely scientific-positivist disciplinary approach, aiming to establish with increasing degrees of certainty the reality of facts, the causal chains of events and the predictability of phenomena in accordance

¹⁵⁸ National Council of Social Workers.

with the findings of laboratory research, social workers are instead confronted daily with high degrees of uncertainty, in the complexity and variability of the factors affecting the evolution of social processes, with different possible attributions of meaning of what happens by the actors involved, because of the co-constructive value of the social reality of the actors who receive it and at the same time realize it (England,1986; Payne,1997).

In Italy, the COVID-19 emergency brought to a sudden halt the mobility of the population and thus the interventions of social workers, freezing initiatives and limiting the possibilities of communicative relations. However, along with this also unfolded great citizen solidarity. During the pandemic there was also a kind of temporal suspension that seemed to be able to momentarily freeze thinking about the future. This suspension was characterized by two components that combined simultaneously: urgency and uncertainty. In the midst of the *lockdown*, the Italian population found itself incredibly united by the same condition (all confined to their homes, subject to the same cogent rules of behavior) and at the same time separated and unequal in the different ways of coping with that condition (Gui, 2020). On the one hand, the population was united by the obligation of isolation, on the other hand - for the same reason - people lived isolated from each other in the concrete conditions in which each was in his or her dwelling. All equal, on the one hand, without distinction of class, but, on the other hand, all profoundly different in the actual possibilities of adhering to the isolation measures. Likewise, social workers also endured the emergency, exposed to contagion, illness, and possible death, but also within a relief system of social health systems for which they could be identified as *heroes in the trenches* (Garfin, Silver, and Holman, 2020).

The huge impact of the pandemic in Italy on health and social life

In Italy, from the beginning of the epidemic-the "official" date could be considered February 20, 2020-and until the end of 2020, 2,105,738 positive cases of COVID-19 have been reported. During this time, 75,891 deaths have been recorded. At the national average level, from the beginning of the epidemic until December 31, 2020, the contribution of COVID-19 deaths to overall mortality was 10.2 percent, with differences across geographic distributions and age groups, more pronounced among men than women (ISTAT, 2021).

The epidemic spread scenario followed three phases in the year 2020: the period from February to the end of May 2020, the "first wave," was characterized by a very rapid spread of cases and deaths and a strong territorial concentration, mainly in the North of the country. In the summer season from June to mid-September, the transition phase, the spread was initially very low. Starting in late September 2020, the second wave, cases again increased rapidly until the first half of November, and then declined. Compared with the first epidemic wave, the spread situation in Italy has changed significantly in terms of both quantity and geographical distribution. In this second wave, new cases increased for a few weeks at an exponential rate until, since mid-October, ordinances at the regional level and the adoption of additional containment measures (DPCM No. 275 of Nov. 4, 2020) contributed to a reversal of the trend of infections.

The impact affected all levels of Italians' lives: during the year 2020, GDP recorded the heaviest decline since World War II (-8.9%). The effects were transmitted through different channels: the fall in global activity, exports and tourist inflows; the reduction in mobility and consumption; and the repercussions of uncertainty on business investment. The contraction of output was heterogeneous, with faster recovery in industry and performance in services weakening again in the last months of the year 2020. The economic crisis triggered by the pandemic and

measures to contain it affected all geographic areas, but was more pronounced in the North of the country, which was hit hardest by the first wave of contagion. Consumption (down 10.7 percent) was affected by measures to restrict economic activity. Businesses halted capital accumulation plans, leading to a 9.1 percent drop in gross fixed capital formation. The effect of the pandemic on exports was strong, but temporary: after a sharp decline in the first half of the year, foreign sales regained momentum, returning in the final months of the year to the levels before the contagion spread. Fiscal policy reacted decisively to the pandemic, with some figures that were absolutely unprecedented in our country: net borrowing grew to 9.5 percent of GDP, being just 1.6 percent in 2019.

The repercussions on the labor market have been very heavy, but the use of existing social shock absorbers and extraordinary ones introduced during the crisis has helped to mitigate them substantially. The sharp drop in hours worked was matched by a much more moderate reduction in the number of people employed. The employment loss was concentrated among the self-employed and those with fixed-term contracts, especially in services, penalizing young people and women in particular.

The crisis from COVID-19 also had an obvious effect on the economic conditions of households. More than two million households were in absolute poverty in 2020. After a decline in 2019, the state of deprivation in absolute terms thus significantly rises again, affecting more than one million more absolute poor than before the pandemic (Caritas, 2021).

In the Italian case, absolute poverty is closely related to age, in an inversely proportional relationship, with a tendency to increase as the latter decreases, so much so that the highest incidence is recorded precisely among children and adolescents under 18 (13.5%), compared with an incidence of just 5.4% among people over 65, confirming the idea that Italy is a country where it is older people who have better living conditions. Paradoxically, below the national average are the poverty levels recorded in households with at least one elderly person (5.6 percent) or among couples where the age of the reference person is over 64 (3.7 percent).

With respect to occupational status, 2020 marks a sharp worsening of living conditions for the employed for whom the incidence of poverty rises from 5.5 percent to 7.3 percent, with clear differences depending on the position occupied. For households with a reference person classified as a laborer or assimilated, the burden of poverty rises to 13.2 percent (i.e., more than one person in 10), among the self-employed to 7.6 percent. On the other hand, the situation of households with reference person retired from work (4.4 percent) or seeking employment (19.7 percent) is stable, the latter as usual very high (Caritas, 2021).

Moreover, as far as family types are concerned, the protection of larger families is clearly poor: the incidence of absolute poverty, in fact, rises from 20.5 percent among families with five or more members, to 11.2 percent among those with four; 8.5 percent if there are three. The situation becomes more critical when there are children living in the household, especially if they are minors, and if there are more than one: in that case the incidence in fact rises to 9.3 percent in families with only one minor child, to 22.7 percent in those with three (or more). Another aspect that has been talked about in recent years is related to the situation of single-parent families: in just one year, poverty increased, touching almost 12 percent of such families, while it was as high as 9 percent the previous year.

The pandemic has strongly impacted education levels as one of the most stressed social cohesion factors. From pre-pandemic to 2020, the conditions of households whose reference

person had at most an elementary school degree (or no degree at all) worsened from 10.5 percent to 11.1 percent. Compared to 2019, the conditions of those with a lower secondary school diploma also worsened visibly, from 8.6 percent to 10.9 percent (registering +2.3 percentage points). In households where the head of household has at least a high school degree, there are much lower absolute poverty incidence values (4.4 percent), although they have increased compared to 2019 (+1 percentage point).

The blocking of normal school activities every grade and level has increased or made inequalities more evident. A strong factor of inequality is clearly given by the possible access to the Internet and computer platforms for distance education. In Italy, full continuity of the educational process has not been guaranteed for all students, the paths of those with less capacity for family support, or with particular criticalities and vulnerabilities such as fewer resources available, being compromised. Ninety percent of schools activated at least one of the distance education modes in less than three weeks, the remaining share within six weeks. Delivery modes ranged from simple sending of materials and worksheets, group chats, audio-video recordings, and synchronous video lectures with the teacher. The latter were secured by 78 percent of schools, with higher frequencies for secondary schools (accounting for 86 percent).

Looking at the pandemic event in perspective, we can see how the closure of schools first, and the alternation of openings and suspensions of in-presence teaching later, have had profound consequences on students' skills but, first and foremost, on their emotional and relational development (especially among adolescents).

In Italy, as in most of Western Europe, an aspect that needs to be taken into account regarding the effects of the pandemic has to do with the presence and conditions of third-country nationals, as strong inequalities between Italians and resident foreigners are denoted, exacerbated in the pandemic years. In fact, absolute poverty remains below average for Italian-only households (6.0 percent) albeit up from 4.9 percent in 2019, while it rises to 22.2 percent (from 16.1 percent) for mixed households and 26.7 percent (from 24.4 percent) for foreign-only households. There are 1.5 million foreigners in absolute poverty, accounting for 29.3 percent, compared to 7.5 percent of Italian citizens, for a total of 568,000 poor households (28.3 percent of households in poverty while making up just 8.6 percent of resident households).

Also a consequence of the pandemic was the spread of *smart working* that began in the spring of 2020. This is an aspect that has amplified social inequalities, primarily between those who have been able to benefit from this mode of work and those who have not. And even on this front, data from public statistics show eloquent indicators: in Italy it was mostly women who had to work from home (23.6 percent compared to 16.3 percent of men), those employed over 35 years of age (20.5 percent compared to 14.8 percent of younger people), Italians (21.0 compared to 4.0 percent of foreigners), and residents in the Center and North (21.9 and 20.6 compared to 15.0 percent in the South). Differences by level of education are also very significant: 42.5 percent of college graduates were able to work in agile mode, 17.6 percent of high school graduates and only 3.4 percent of those with a middle school diploma. This figure is clearly related to the type of profession held: skilled professions are characterized by a higher incidence of those who worked from home (41.1 percent).

Another element that has affected the increase in inequality is housing. The pandemic has made even more manifest the wide disparities in the availability of adequate living space. Among

households in poverty there is a higher incidence of overcrowded conditions with the emergence also of all the health and social problems related to this increased social vulnerability.

The pandemic has also affected the widening gender gap. According to the latest World Economic Forum (WEF) report, *Global Gender Gap Report*, the health crisis has actually severely slowed progress toward gender equality. In Italy, in 2021, despite a rebound in the economy in the first half of the year, employed women continued to decline. During the pandemic, 421,000 women lost or failed to find work. The share of working-age women available for work (female activity rate) declined by about 2 percentage points during the pandemic and remains far behind that of men at 72.9 percent. In this respect, Italy ranks last among European countries. The pandemic entailed an unprecedented *surplus of difficulties* compared to the usual ones for women who found themselves having to manage the double burden of caring for their children and working at home. 52.9 percent of employed women say that during the health emergency they had to shoulder an additional load of stress, fatigue and commitment in their work and family life. For 39.1 percent, the situation remained the same as in the pre-COVID period and only 8.1 percent improved.

An anomic minority pervaded by non-rational thinking.

The pandemic has brought great skepticism, perplexity and, even, antagonism in not a few citizens. A December 2021 survey (CENSIS) shows some shocking results, in the sense that the pandemic impact would have created a minority reluctant to take the scientific data that have been communicated by the institutions as well as the scientific data as well. Surprisingly, for 5.9 percent of the Italian population (about 3 million people), COVID would have been the invention of a disease that does not actually exist and, consequently, all measures taken would have an exclusive purpose of population control and alienation of fundamental rights. For 10.9%, the vaccine is useless and ineffective, reasoning that there was a refusal with respect to prophylaxis and vaccination campaign or to vaccinate only because of the conditions imposed for the continuation in the presence of the working, economic and social life of the country. For 31.4 percent of respondents, the vaccine would be an experimental drug whose effects are uncertain, and people who vaccinate could suffer serious health consequences even in the long term. All this in a climate of distrust in which it emerges that for 12.7 percent of the Italian population, science produces more harm than good. This pervasiveness of the irrational has infiltrated the social fabric not only in individual skeptical positions, but also in protest movements that have manifested their malaise in the public squares, and have had no small space in the public discourse, conquering the top of the *trending topics in social networks*, climbing the book sales charts, and even occupying important spaces in television evenings.

Pessimism about the future is also evident in terms of very negative economic expectations: just 15.2% of Italians believe that after the pandemic their economic situation will improve. For the majority (56.4%) the economic situation will remain the same, and for a substantial 28.4% it will worsen. There would be restraining factors conspiring against economic recovery. All the socio-economic risks that were feared during the pandemic (the collapse of consumption, business closures, bankruptcies, layoffs, widespread poverty) are now replaced by the fear of not being able to fuel the recovery, of stumbling over old obstacles that were never removed or others that suddenly appear before us, the more insidious the faster our run-up will prove to be.

Although these opinion movements have had a fair amount of penetration of the executive and political figures in general, some mobilizations and demonstrations in the streets have had a major media impact, including the emergence of far-right currents that have produced violent and

intimidating acts, such as the occupation of the headquarters of Italy's main labor union in Rome by an unauthorized march on October 9, 2021.

Social emergency policies and measures: timely solidarity action.

The consequences of the pandemic would certainly have been more devastating in health, economic and social terms if the state, successive governments, public agencies and institutions had not been active in an unprecedented coping effort. Italy has had a very active government in providing for the composition of institutional measures that could support the need for interventions aimed at preserving jobs and protecting the weaker groups that have suffered from the crisis. One of the first interventions, the so-called *Cura Italia* decree of March 17, 2020, acted to strengthen the national health service and provide economic support to families and workers. Thanks to a varied package of measures, including temporary ones, an attempt was made to limit the social impact of the pandemic: tax deadlines were postponed and workers' taxes, especially the self-employed, were deferred. Aid was provided to families: parents with children under the age of 12 were eligible for leave with 50 percent allowance for a maximum of 15 days, or, alternatively, a "baby-sitting" bonus worth up to 600 euros for the purchase of services that would facilitate the reconciliation of work life and child care during a period when children could not go to school. In addition, for pay purposes, the period of compulsory quarantine was equated with illness. Also in attention to people with dependency status, the leave provided by Law 104 of 1992 for the assistance, social integration and rights of people with disabilities was increased. Regarding aid to businesses, a Guarantee Fund for SMEs has been established and investment support measures have been provided, contributions to settle debt situations thanks to loans from the state, which is committed as a guarantor. New social shock absorbers were also promoted for companies with outstanding extraordinary layoffs or solidarity allowances.

Just seven days after the publication of the *Cura Italia* decree, the Ministry of Labor and Social Policies issued the circular *Social Services System and Coronavirus Emergency* addressed to the heads of plan offices and social services of municipalities, offices that manage the Citizenship Income (RdC)¹⁵⁹ of the territorial ambits, ANCI¹⁶⁰ and Civil Protection, in which they reported indications to continue to guarantee, with the appropriate reinforcements, the services deputed to the best application of the Government's directives and to maintain maximum social cohesion in the face of the challenge of the pandemic emergency. The circular reiterated the role that the social services system must play vis-à-vis the community, with particular regard to those in fragile conditions, and especially emphasizing the need to guarantee the minimum essential levels of regulated social services.

Along with these measures, the March 30, 2020 Civil Protection Ordinance introduced food solidarity measures, increasing the solidarity fund allocated to municipalities. These were able to choose the way in which disbursement was to take place: the provision of bonuses for the purchase of food at commercial establishments or directly the purchase of food and basic necessities to be distributed to identified beneficiaries. The measure was very important in guaranteeing food to citizens in a state of economic fragility caused by the emergency and who were not previously receiving economic support from social services. Given the general criteria, responsibility for

¹⁵⁹ National *minimum income* measure.

¹⁶⁰ National Association of Italian Municipalities.

evaluating the granting of the benefit was given to the social service office of each municipality, which was entitled to supplement the fund with its own resources and make use of third sector entities for the distribution of food and/or bonuses. In this way, the implementation of social protection programs and interventions have reflexively involved the structuring and organization of the social service office deputed to reach the weakest and most fragile groups (Cerro, 2020).

From another perspective, the pandemic has also triggered unprecedented solidarity mechanisms among citizens. One-third of Italians participated in solidarity initiatives related to the health emergency, joining fundraisers for nonprofit associations, for civil defense or in favor of hospitals. Nearly one-third of those who took action personally performed free activities in voluntary associations engaged in the fight against COVID. 20.7 percent of Italians believe that emergency management by institutions produced good results and 56.3 percent that it was quite adequate (Sanfelici, 2020).

Research characteristics.

The analysis carried out and presented here intends to identify how social work practice has been characterized in different social service organizational structures during the emergency and what its implications might be for the future definition of the social worker's work. To this end, it was necessary to investigate the process by which the awareness of the emergency and the consequent anticipation of professional action to cope with it occurred. In fact, there have been two factors that have most challenged social work: as "work" with the introduction of *smart working*; as "social" with the operational timeliness and programmatic foresight that have variously characterized the territorial responses, given the high degree of diversity that connotes the personal services infrastructure of the Italian *welfare state*. In fact, as we shall see, the level of development of individual and organizational awareness of the pandemic event together with the level of organizational rationality of the context where the social service operates prove to be determining factors for emergency management that does not undermine the standards of efficiency and effectiveness to which the territorial social service is accustomed to work.

In light of Paulo Freire's (1968) concept of conscientization, the research team questioned the situated meaning of the same in the Italian context. What follows is a semantic analysis of the concept of *conscientization*, which proved indispensable for the very communicability of the project to the social workers interviewed, for the thematic analysis of the interviews themselves, and for the situating of the Italian cultural context in the world panorama.

The word *consciousness* comes from the Latin *conscientia/ consciens/ conscire* and means "to be aware." Composed of *cum* "with" and *scire* "to know," *conscience* would constitute the feeling that accompanies *science*, that is, that is, that we strive for awareness of what is going on in us: "that inner knowing that each person has of the good and evil freely acted and the judgment he has of his feelings and actions, according to the relation they have to the principles of morality" (Bonomi, 2004). The adjective *aware* also derives from *cum* "with" and *know* "to feel flavor" and refers to one who "together with others has cognizance of checcnessia" and is therefore "complicit," is one who "has full cognizance of the thing in question." Such etymological meanings show how in the concept of *conscientization* and, therefore, *consciousness-taking*, there is the dimension of *knowledge* and *knowing* of a given object in a dual intimate and individual and collective perspective.

Rather, the organizational contexts that characterize social work, and within which the concepts of *consciousness* and *awareness* can be observed, make clear the process that social workers are professionally called upon to go through, moving from a moral-individual dimension to an ethical-collective dimension of consciousness (Durkheim, 1893; Marx, 1867). Social professionals, in fact, are called upon not only to have self-consciousness as professionals, but also to have self-consciousness in the organizational and social context within which they work with other professionals and with the very beneficiaries of the interventions and systems of action they enact.

In another definition, commonly found in the legal-philosophical and psychological disciplinary areas, the concept of *consciousness* reveals the "awareness that the subject has of himself and the external world with which he is in relationship, of his own identity and the complex of his inner activities." Alongside the knowledge of one's interiority, the external context and the relationship existing between interiority and exteriority, there are also to be considered the temporal and spatial conditions under which this knowledge takes place. *Consciousness* is also to be understood as "something that exists under certain conditions and does not exist under certain others" (Mead, 1966, p. 68-83). In this sense, observing how a professional's process of becoming aware develops in a given organization and in a given context is particularly significant when the conditions are emergent because they are caused by a collective catastrophe.

The concept of consciousness is, therefore, to be considered in the first instance from an organicistic point of view, with reference to the unconsciousness and consciousness that a human being has of its own automatic organic functionalities, that is, which exist beyond its knowledge, under the conditions in which that organism finds itself. If it were, for example, in a perpetual condition of stasis, the organism might never perceive the occurrence of a change in its own organism, not seek its source and thus not become aware of it. The starting point of the process of becoming conscious can thus be regarded as the condition of unconsciousness: that is, the organism exists beyond individual perception and knowledge and even those relating to another human being: "a person continues to live even when he is under general anesthesia. Consciousness comes and goes, but the organism itself continues to function" (Mead, 1966, p. 68-83). This distinction between consciousness and unconsciousness comes in handy in reflection since the emergency event, because of its immediacy and unpredictability, can provoke a compulsion to become aware of factors previously unknown to personal and organizational consciousness, in this case of social service.

According to these initial defining reflections, we can observe how consciousness is composed of several factors: a sensory one, relating to the mind's attention; a cognitive one, relating to the selection of certain stimuli on which to place attention; a hostile one, inherent in the difficulty in grasping with consciousness the totality of the organism; and a relational one, inherent in the possibility of grasping the difference between external and internal reality of the organism and sensing the presence of interaction between these two dimensions, according to various and different forms.

The impossibility of grasping the totality of external stimuli with an individual consciousness and the relative necessity of the Other to try to do so further underscores the importance of the aggregation of individuals around the attempt to become conscious, assuming awareness and producing knowledge, through the use of language. The sensory, cognitive and linguistic apparatus are combined in this sense.

A further characterizing element has to do with the concept of "false consciousness" (Marx, 1867) and the need to build a process by which to achieve a "class consciousness," that is, a 'collective consciousness' of belonging to the same social stratum, which in turn is part of a given stratification structure, that is, one that exists apart from the consciousness of the human beings who compose and inhabit it. Such consciousness would help, in Marx's reasoning, to generate a possible movement, thus a change in position or even structure itself. Here a further step is added in the reflection: from the automatism of the functioning of the structure/organism, thus from a state of individual and social unconsciousness, to one of consciousness and awareness and, again, to one of action (conscious and aware) directed to the modification of one's position within the given social structure or, even, the structure itself.

The process, then, of conscientization as applied to social intervention and, specifically, to the work of the social worker in an emergency health care setting brings to the attention of our analysis the need to achieve at least two transitions: from a state of unconsciousness to one of individual and collective consciousness of the self as an individual and of the self as an organization and social context; from a structure of automatic actions, linked to unconsciousness, to one of organized actions directed toward social change, linked to consciousness of what one is and what one needs to become in order to respond to the needs of the context, the organization, and the individual. Social service, in this sense, responds to itself as a profession, to the organization as a working tool, and to the context as serving the population and aimed at the realization and consolidation of its well-being.

Methodological framework

The methodological framework used is qualitative and is inspired by a *semi-grounded* constructivist approach (Charmaz, 2006), in that while it is based on theoretical analytical categories of reference, it leaves room for themes to emerge from the narratives of the interviewees.

The main technique chosen for collecting information was the narrative interview (Ferrarotti, 2003), while the selection of social workers interviewed was reasoned, that is, aimed at identifying a group of subjects as heterogeneous as possible with respect to the number of years of experience and the type of organizational role and function, but especially with respect to the area of intervention.

The type of analysis carried out was thematic analysis (Bazeley, 2009), that is, aimed at identifying themes pertaining to the concept of consciousness that stem directly from the field experiences of *social* workers. The method of analysis was *in-case* and *cross-case* (Fereday and Muir-Cochrane, 2006), so as to have the possibility of cross-referencing themes related to individual experiences with those related to the set of experiences collected.

Analysis of interviews

The profile of the interviewees is fairly representative of the Italian social worker with regard to prevalence of the female gender, out of n.15 social workers interviewed n.2 are men and n.13 are women; from a geographical point of view, most represented is the geographical area of Central - Southern Italy and the public sector. In contrast, the areas of intervention in which the social workers interviewed operate are extremely heterogeneous in order to capture the variability and common elements of the practices implemented. Out of 15 social workers interviewed, No. 2 experienced the pandemic as employed in immigration offices, No. 3 in anti-poverty offices, No.

4 in local health agencies, No. 5 at local government agencies, and No. 1 at a regional professional association as president. Below we present the categories of thematic analysis identified worldwide and through which we attempt to represent the process of consciousness raising in its ethical-political, theoretical-methodological and theoretical-operational dimensions.

The process of awareness

The time when we conducted the interviews, between June and October 2021, forced the interviewees to relive the first moments of the pandemic as something farther back in time than what a half year can objectively mean. Some say that a difference is experienced between perceived time and experienced time. The density of novelty in the first *lockdown* time, the amazement at what was happening, the upheaval of everyday life, are all characteristics that point back to indelible memories of exceptionality that do not follow the normal succession of days and months.

Revisiting those episodes has, in the first place, elicited not only memories about the events, but rather a set of very strong feelings of surprise, novelty, intensity, and concern. These were times when changes happened with great celerity: *"I could not get my head around it, everything was happening without having the slightest preparation for what was about to happen."*

It was also a historic event in which the consciousness of having participated collectively shines through, in which personal, contextual, and the whole country's affairs were intertwined in solidarity as with few other dimensions of life understood. And yet, in the testimony of some colleagues, a prevailing feeling was one of loneliness: *"I felt lonely, I would come to work and there were only two or three people in the whole building; even on the street you felt like you were living in a terror movie, with the streets deserted."*

The transition from a state of unconsciousness to one of awareness of the pandemic situation was characterized by being *immediate*, because it was predominantly marked by emotions of fear pertaining to the personal-individual sphere of the subject, and *progressive at the same time*, because it was accompanied by the various forms of reorganization of social services.

[...] the perception of gravity was immediate because in any case immediately there was a lot of fear about what was happening and already with the closing of the schools there was a disruption of let's say everyone's life; so, somehow there was an immediate awareness [...]

[...] the school closure provision in my opinion made everyone change and make real what was happening ... from there smart working was born and so somehow by necessity you had to understand that something was happening. It was an escalation of immediacy [...].

[...] it was a surprise for everyone, in the sense that we found ourselves catapulted, something really surreal, then in this service we are few [...]

[...] I began to understand that something was happening on a broader level however, we still did not understand the spillover effect this would have on the territory, we still felt far from the problem [...]

The elements that connoted the immediacy of awareness refer to: events related first of all to the private lives of professionals; secondly, to the reorganization of the work *setting* and, in some cases, to the specific tasks of professional life; to the increasing demands for help from service recipients, some of them unexpected and unusual; and to the disruptiveness and dependence of their movements on the regulatory and governmental dimensions not only at the national but also at the local level.

[...] we realized this right away because we immediately activated the emergency service [...]

[...] another thing that made me realize was the e-mails from family members and support administrators [...]

[...] I understood the gravity of the situation here in the office when the letter came from the mayor about what the whole reorganization of the service was supposed to be ... and I realized how everything was changing and we had to adapt to the new reality [...].

Instead, the factors that connoted the progressiveness of awareness were: the dependence of the reorganization of personal and professional life on the sometimes sudden changes due to government decisions that radically altered the livability of the area and accessibility to services; the dependence of the internal reorganization of each organization on the ever-increasing demands for help from those who were already beneficiaries of services and from citizens more broadly.

[...] I remember this sense of abandonment and the looks from my colleagues, because we didn't know when we would see each other again, how long it would last, what was going on, whether we would get paid ... it was a silent situation but really there were a lot of questions that we wanted to ask, that we wanted answers to but no one knew how to answer [...]

[...] I had surgery at that time ... I became aware of what was actually going on when the situation exploded in one of our facilities ... a residence for the elderly despite the fact that I was on sick leave we followed it up with the health management [...]

In the face of the immediacy-progressiveness ambivalence of the awareness process, one of the difficulties to increase it more were found in the absence or the little time devoted to the processing of the emergent experience as a working group in the form of professional supervision, despite the fact that a sense of solidarity among colleagues considered very strong, but unspoken, was experienced during the process.

[...] with colleagues even though there were only a few of us the solidarity that was created among us, the desire not to break down, we were all strong enough ... is something that made us feel united in pain in suffering ... but it accentuated all the issues [...].

[...] at the end of the emergency. we had working groups with each other, working groups with a professor from the university, and then we - under my compulsion - decided to write, to put a little bit in writing what had happened ... almost a little bit in a cathartic way [...]

In the testimony of the fifteen social workers interviewed, the process of becoming aware seems to have been characterized by a shift from a state of personal and professional

unconsciousness to one of personal and professional awareness having elements both of immediacy, due to the emergency containment measures emanating from national government measures, and of progressiveness, because they were calibrated to the level of organizational rationality peculiar to each facility at which the social worker was practicing at the time of the pandemic.

A relevant and critical element, expressed fairly homogeneously, was the process of personal and organizational reframing of the critical event that each professional felt the need for and that was not always ensured or otherwise addressed, such as by processing in written form.

For many of the interviewees, the pandemic also meant an event of vulnerability and crisis regarding the ability of science and systems to protect the protections of their citizens. One colleague expresses it this way "(...) I felt betrayed by science. I thought I was better prepared to be able to fight against any disease, I realized that in fact there was no possibility of containing that virus."

Ethical-political dimension

The regions' transposition of the governmental decrees highlighted, in particular, two important factors: the possibility of adopting emergency procedures that every organization is supposed to have; and the limitations and fragilities that characterize every organization.

The government, on the one hand, was perceived as reliable but not efficient in communications, which helped fuel that sense of parallel progressiveness and immediacy in the awareness process.

[...] It was all very immediate ... there were emergency procedures that were ramified by the ministries, placed under consideration in our case at the COC (Municipal Operations Center) which was the let's say final link in the local emergency chain and the COC (Municipal Operations Center) as early as February 27 had been established and had made its first meetings [...]

[...] There was a lot of reflection but forced reflection, where reflection and action went hand in hand ... because there was not a lot of inventiveness, that is, the legal stakes of the COC (Municipal Operations Center) of the state of civil protection, in fact outlined how the emergency was to unfold. So with this substrate of law the rest was just reading the needs of the population and thinking about how to meet them in record time [...].

[...] there are already established rules, the problem is that this emergency was so unprecedented that the emergency we are used to are the cold emergency, the excessive heat emergency or the earthquake-related civil defense emergency. And the pandemic one certainly needed continuous restructuring however there are rules present for emergency management [...]

[...] the municipality used the hierarchy of positions, the COC (Municipal Operations Center) was made up of the managers, then each manager would branch out to the organizational positions, the organizational positions to the staff ... probably a more synergistic and diffuse communication could be organized however this thing does not only happen in the emergency, it also happens in the everyday [...]

The main ethical dilemma involved how to preserve personal safety and, at the same time, collective safety within the same organization, considering the vulnerability of the population receiving services even before the pandemic outbreak.

[...] as early as March 6 we were contingent at the entrance ... we didn't shake anyone's hands, there was already a whole series of attentions and even inside the office we had started using disinfectant, the situation was already blatantly known to the office because a level of attention was maintained with respect to the turnover of people, the distances [...]

[...] Not all colleagues maintained continuity in the cases they followed. We were first concerned about those we had the least news about, those cases where we knew that living together was difficult for various reasons and that we were not able to contact easily [...]

[...] even though the administration required us to observe a rota ... we because of the workload and the emergency decided with our manager to be here every day ... we had the option to ask for smart but we did not do it [...].

[...] the asl was not able to give everything right away ... we got there over time ... with colleagues in the facilities there has been exceptional work, because the private sector is less harnessed in institutional meshes; therefore, it is freer in some ways ... but for placements there has been a total block [...].

[...] the government with a whole series of measures had financed the provision of food solidarity measures, which also involved not inconsiderable work for municipalities because the legislation ... said "we are giving you this money, you do things, you see what how and when" without actually giving lines [...]

From this area of analysis, the relevance of organizational readiness to government and civil defense guidance emerges strongly. The professional ethical dilemma appears to be particularly pressing with respect to the professional's relationship to his own safety, that of the beneficiaries of services, and obedience to regulatory requirements that are not always clear and not always consistent. So, the usual ethical dilemma between professional mandates was compounded by concern and consideration to one's own safety and that of one's household. Alongside this, there also emerged: organizational gaps pre-existing at the outbreak of the pandemic emergency, unfamiliarity with the emergency procedures provided in any organization dedicated to personal services, and little sharing of the same information with practitioners who did not have coordinating roles or organizational responsibility.

For some social workers, the time of the pandemic is also a time of "growth and opportunity," because in the deep crisis situation of all social structures and organized systems, it has brought out the humanity, creativity and supportive initiative of many people.

[...] we did things during the covid that at another time would have been difficult; people felt called to help out with what they could offer on behalf of those who were struggling the most [...]

[...] when institutions closed, people took action to somehow solve their problems by relying on the people around them [...]

It is emphasized that the scale of the pandemic has created the basis for a greater collective consciousness that revives levels of some equality.

[...] since we all had the same fear, we were also all very close and very united. New relationships were created, where sharing was more intense [...]

Theoretical-methodological dimension

Emergency and urgent social work is characterized as a field whose knowledge is still under construction in Italy. The perception of the social workers interviewed is that although the topic belongs to the everydayness of professional experience and was actually experienced during the pandemic emergency, the sense of unpreparedness and reorganizational difficulty was tangible and experienced by all albeit in different ways and degrees.

The themes that emerged from the analysis and that characterize this dimension concern planning and conflict between the technical and political sides, the role and space of reflexivity in social service in emergency situations, flexibility as a competence to be integrated into the training curriculum of social work professionals

The importance of planning actions together with the political side is posed as necessary in order to have the appropriate information to perform the coordination function, giving a sense of security and support to colleagues and, as a result, the public.

[...] we found ourselves dancing with steps that we didn't know, that's kind of the metaphor, there was no thought but you couldn't structure it then particularly because the rules were changing all the time ... this margin of decision-making from above up to a certain point leaves time for thought [...]

[...] the readiness to still be trained and aware people of both the social and the administrative aspect certainly made a difference, however, there were points where this thing was not expected to emerge; therefore, it was always a little bit of putting yourself on the line, to understand the limit of what they tell you, how you have to do it and how you can do it in the best way [...]

Lacking, on the other hand, were spaces for collective reflection on how the emergency was being managed from an organizational and emotional point of view. Such moments would have been necessary during crisis coping and afterwards, in the recovery phase, to gather everyone's views and rethink and reorganize the characteristics of a hypothetical new phase of emergency coping.

[...] from this experience it accentuates our aptitude to be open even to improvise ... to adapt to everything ... in this case in the field ... I felt with colleagues in the trenches ... I was enriched, experienced. we were able to handle the situation however these things then need to be put in a supervisory situation, we need to understand how we felt, what to change [...]

[...] I proposed a corporate project to deal with covid ... the project was on the coordination of the social health districts of the corporate professional social service, because I thought it could be useful ... to detect expressed needs ... the famous filter function that we have was to be activated for the network asl municipality and private social ... that was my idea ... and it was blocked ... due to the lack of adequate technical

means for online meetings ... and the social workers were all put on smart working ... and they were all over 50 [...].

[...] supervision must be made mandatory, it must not be left to the discretion of agencies, or at least personal. i as a professional deontologically must feel the responsibility to be supervised even emotionally [...]

Finally, the professionals interviewed were walked through a transition in reflection from a more theoretical-practical level to a more formative one in which they agree with respect to the recognition of flexibility as a core competency for the profession.

[...] it is important at the training level to teach so-called empathy ... but especially the ability to adapt, to have self-esteem especially when we feel attacked from all sides ... to think that we are not god on earth, to do what we can [...]

[...] certainly we all have to be more ready for change, we don't have to be glued to patterns, what has to come through is adaptability, because our work is a dynamic work, it's a work that changes with time, we have to be able to accommodate changes ... attention to technology is also another aspect [...].

[...] and then the social worker must have administrative training, because it is not possible not to be aware ... I have to know how the administrative machine works ... there are no social services that do not go through the administrative machine [...].

Relative to the theoretical-methodological dimension, ordinary organizational planning and extraordinary organizational planning appear to be closely interconnected and interdependent, which is expressed in a chain of extraordinary interventions during emergencies, but not without programmatic vision and foresight. This dimension is particularly rich in formative insights and reflections.

Three main factors are highlighted: flexibility, as a transversal competence that the social worker must acquire at least in the training internship phase; digital competence, as indispensable in this historical period and for the future of social service; and global knowledge of the administrative machine. This last point appears particularly significant for our reflection, since the process of becoming aware as a transition from unconsciousness to individual and collective consciousness must necessarily include knowledge of the context and functioning of the structure with respect to which consciousness develops. Only if one is in possession of knowledge of the context and landscape in which one is immersed, can one also assume a position and posture of meaning in terms of action, foreseeing and generating actions that can affect the coping with the emergency at hand, the use of the organizational machine, and the protection of the welfare of the population, which does not exclude the practitioner's own.

The territorial councils of the Order of Social Workers also saw themselves in a predicament of being able to give precise guidelines to colleagues on how to proceed in a context where perplexity and disorder ruled the organization of social services. After the initial torpor of figuring out what was going on, some dynamics of participation and exchange among colleagues ensued:

[...] we asked as a professional body to report innovative methodologies, but not many came; perhaps more time was needed to mature structured thinking... [...]

As methodological reflections, the difficulties of integrating all services were pointed out, and in particular, the difference in support in services between health and social services. It is lamented that the vision of health care does not fully incorporate a more holistic concept so that we can talk about social and health integration. In particular, the home-based care of the most vulnerable people who have suffered the undesirable effects of social isolation has not seen timely reinforcement of home-based care, but on the contrary:

[...] we had difficulty in giving continuity to people's home services, except for health attention cases. Some cases were reported later when they had covid [...]

In some contexts, "crisis units" were created as an emergency response. The participation of social services was not planned at first, but later, when faced with the need for organization in the territories, they were called in.

[...] when the civil defense formed the crisis units, they did not call us. Then, seeing that our role was central, they asked us to participate. Our role became central in the distribution of spending bonuses and coordination on the ground basically with parishes [...]

Theoretical-practical dimension

A common sentiment in the daily practice of emergency social service from COVID 19 concerned the state of *race* and *danger*, which strongly evoked the rhetoric of relief in *war* situations, also much used in the media. The common goal of the professionals interviewed was to "give something, anything, to make the other person feel better." The feeling that constantly accompanied their work practice can be summarized with an expression used by one interviewee: "it was a continuous doing without thinking."

Issues pertaining to the theoretical-practical dimension of emergency social work are distributed among strictly material conditions of work, organizational elements and quality of work. With regard to the practical instrumentation provided to the social service, the introduction of *smart working* has revealed the need to increase and train professionals in the use of technological tools.

[...] we dealt with the shopping vouchers ... in the first months of smart working having to go and evaluate, with respect to the criteria decided by the municipality of Bari, going to evaluate families who had applied for shopping vouchers already recipients of support measures ... with a view to not accumulating interventions on the same family [...].

[...] female colleagues who had the vision of territorial work did not understand that the work could also be done from home ... they learned after practicing the experience ... the partial failure was due to the inexperience of remote work and the fear of staff ... before the new hires arrived ... I am 60 years old and the youngest ... the fear was so much [...]

A not insignificant risk that some services encountered was that of *organizational paralysis* in the face of an emergency situation. The use of the organization as a tool to levee for professionals' emotions of fear was strategic in some cases depending on the extent to which individual safety equipment, the technology necessary for smart work and a sustainable distribution of roles and tasks were guaranteed in light of the different conditions in which professionals found themselves compared to their initial work *status*.

[...] I prefer working in presence, because working from home implies losing the work-home dimension. In fact, I would not make the difference between what was happening at home and work so clear because at first it was a continuous work without schedules, in the second time when smart working was then started at a time when emergency management was under control, in the months of April and May, being at home if you have a family dimension present means lengthening the work time [...]

[...] in the office I didn't feel protected and sheltered at all ... because inevitably we were a lot of people together, we had a lot of contact with people ... we used PPE (Personal Protective Equipment) however the dimension of fear in a system that said to limit contacts um here it is as if contacts did not limit themselves, in fact in some ways it is as if contacts were implemented [...]

Factors that made a difference in the quality of the practice of social service work in emergencies were, on the one hand, the ability to maintain a high level of attention to the content of the caring relationship that social workers already had in their custody and that were added in the course of the emergency; on the other hand, the degree of solidarity among components of the professional team, within the organization and, again, the solidarity that was manifested at the community level, among citizens.

[...] it was a gradual crescendo ... the first need was to organize basic provisions because we were faced with people who were unable to leave their homes ... to the need to go and buy medication ... so the first thing that was activated was the possibility of giving extra availability on our part [...].

[...] the phone was a switchboard and we found it difficult to handle the administrative part ... create an Excel platform from scratch because we had to collect data, make a ranking to distribute money [...]

[...] I think we should create a new model, which is problem solving in emergency, where in fact the pattern of social service action does not change during the emergency. That is, net of the covid, the fear it created in the moment of closure, the model of problem solving in emergency and in flexibility implies that first of all the operator has to be really flexible. That is, all the rules that are in some way lose some value; that is, you have to be half operator half volunteer, and this not everyone is willing to do ... So, building such a model of intervention ... flexibility and humanity and professionalism, these three things have to marry in this model [...]

Smart working, remote working, or *digital social work* was initially embraced as an imposition of circumstances where one made use, in the absence of alternative, of what "one could do by calling people's cell phones and coordinating with video conferencing." However, most of the services lacked adequate preparation to make continued use of them.

[...] readiness, self-sacrifice ... different levels of operation, they were always ready to respond to any kind of request, any no, however, at least they were trying to be there, at least to accommodate questions [...]

The hasty and precarious introduction of long-distance communication as a tool of the services gave rise to a second phase, in which the effects of the pandemic tended to diminish, in which discernment opened up in each context about the convenience of remaining with certain practices that had shown its effectiveness. The reflection of some colleagues is that while

recognizing that direct work with people is irreplaceable in the profession, it is also true that the immediacy, efficiency, and simplicity of computer communication has allowed for growth in quality and accessibility of service.

[...] there are those who prefer to work from home, and there are others who immediately reincorporated into face-to-face work as soon as it was possible. We still do a lot of meetings with computers, because it is easier and more direct [...]

[...] there were times when I was working all day on my cell phone. People seem to me to have been very thankful for this way of being so willing to take an interest in how they were doing, even if only I could do it in this mode. When the pandemic is over, we should ask ourselves whether we should not continue this availability [...].

In this dimension, we observed how social work theory and practice intersected: on the one hand, we noted how organizational ineffectiveness and inefficiency, mainly due to the poor provision of technology and digital skills for carrying out *smart working*, generated the risk of paralyzing social work; on the other hand, such ineffectiveness and inefficiency stimulated social service creativity and solidarity among colleagues belonging to the same professional teams.

The research also probed which collectives suffered most from the pandemic effects. In Italy, the impact of covid on the elderly population was very noticeable as a health impact, but the consequences of productive inactivity in many sectors affected a large part of the population, who saw themselves without the minimum income to live:

[...] the pandemic greatly affected those who lost their jobs, those who could not access services, and those who suffered the problems associated with isolation. Many were new users of social services. People who never thought they would see themselves in such a state of need [...]

[...] when people stayed at home, situations of conflict and violence immediately became invisible. It was difficult to follow people [...]

In addition to the more flagrant cases, a growing concern emerged during the research about the consequences the pandemic has left, perhaps less visibly at first, on adolescents.

[...] 14- to 18-year-olds have very much suffered this situation. Without being able to go out, too old to have a chance to go out with their parents, too young to go out on their own to work or whatever, all day catapulted to relate only with the computer... now we see the consequences, they don't know how to live normalcy anymore, they have problems to go back to school, some even to leave the room... [...]

The training of social workers.

The research also allowed us to hear the reflection of social work professionals on the topics to be included in the training of future social work colleagues following the pandemic event. Two main contents emerged: emergency work and *digital social work*.

Regarding the former, almost all respondents agree that they were not prepared, technically, for a situation like the one that happened. This "unpreparedness" affects several dimensions, and has to do with the ability to reorganize work in the face of a disaster that has occurred and the suspension of a whole network of coordinated actors with whom one collaborates on a daily basis.

According to professionals, the same concept of intervention in "social emergency" cannot be the same before and after the covid epidemic.

[...] until this pandemic, the concept of "social emergency" was about something else. On the one hand, it was about following up situations on cases in the territory, where there was a need for urgent action, with a dedicated team available at all times (...) In addition, groups of colleagues who had targeted training organized themselves to move to territories where an extraordinarily extraordinary event had happened (earthquake, natural event, etc.); what we will have to think about is, instead, how to act when the whole country remains blocked [...]

In this way, the skills to be developed in social workers regarding social emergencies would no longer correspond to specialization, but rather to cross-training for all social professionals in any service and on any field, who transversally should be able to manage "holding" their role and protecting citizens even in the face of a national emergency event. This means being attentive to "minimum maintenance of services, particularly toward the most fragile people" in a time of crisis.

A second aspect that emerges strongly, perhaps not related exclusively to the pandemic event, concerns a revisiting of social service methodology in the face of the new distance communication tools to be incorporated, in a balanced measure, among the tools of the social service professional. Aware of the limitations with respect to the irreplaceable in-person encounter with users, reality shows that they can be highly effective in stimulating accessibility of services, in building a relationship of trust within the helping process, in monitoring situations, as well as in group intervention and networking.

[...] I'm reconsidering more and more the potential that Zoom, WhatsApp and others are giving to the service, both in the organization and in the relationship with the users. They themselves are asking if it will be possible to maintain some of the ways they started during the pandemic when it is over [...]

[...] at first I found it difficult to use these things, but I can't deny its usefulness. I can't deny the effort..., but I think it is really useful and will remain as a practice in the services [...]

During this pandemic period, the training of trainees meant, in fact, a spur to the development of theoretical reflection on these tools as well. The skills of the young students also benefited from the support of the quick adaptation to the new tools of more experienced social worker colleagues, in an interesting synergy of mutual collaboration.

CONCLUSIONS

Italy, the first country after China to be shocked by the effects of the pandemic, has gone through this unprecedented experience without having references to look to that had similarity of characteristics, not only in terms of form of state and government but also in terms of welfare state. This confronts each of us, in our own space of action, but also nations, in their own space of governance, with the need - no longer postponable - to become aware of the interdependence that connotes us and to question ourselves regarding the implementation of policies and the consolidation of practices that give body to the awareness of being responsible not only for oneself but also for others, albeit in different forms and dimensions of impact. With respect to this point, as a social service we can question the role we have or can have in affecting at the policy level the

awareness of the shared responsibility we have for one another and the vital need to act accordingly.

From the perspective of the organization of social services, the feeling of displacement that pervaded the entire system at the national level had different manifestations and strategies of resistance, mainly depending on the type of organization, the age of service of the professional, and the geography of the territory (which in some cases saw services better prepared to deal with collective emergencies). However, the organizational paralysis that affected a large part of the national social service system was in each case eased by the way each organization managed to reinvent its service.

Alongside this organizational unpreparedness, professional unpreparedness, more of a practical-methodological nature, also played no small role. This manifested itself in an increased use of one's professional discretion and ability to improvise and adapt, net of the guidance provided by regulatory provisions. However, this reaction has also accompanied professionals in maturing an awareness that they have little room for sharing reflections and building best practices, starting from the local organizational level and ending at the national system level.

With respect to this point, the reflection and commitment of the social service and its Italian professional order have been present for some time; to have a temporal reference one can refer to the establishment of the framework law of social interventions and services of 2000 (Law No. 328). Also thanks to the pandemic emergency, the discourse related to the need to define and apply essential levels of services in order to reduce as much as possible the inhomogeneity and fragmentation of welfare and service organization takes substance with the new National Social Plan 2021-2023 and with Mission 5 of the National Recovery and Resilience Plan, which provides for the allocation of funds dedicated to professional supervision. These regulatory measures therefore also address the need for professionals to carve out a space and time dedicated to discussion and sharing of reflections, practices and emotions that work generates on a daily basis. Along with this, the commitment of the Italian social service alongside civil protection is also embodied in the experience of the National Association of Social Workers for Civil Protection suggests the existence of a structured interest of the social service in maturing theoretical and practical skills of coping with collective emergencies.

The question that arises in this regard concerns the care, accompaniment and training from which these instances need to be supported.

With respect to the relationship with service beneficiaries, to whose well-being the construction and care of all these mechanisms and structures is intended, the pandemic emergency has confronted professionals with ethical dilemmas inherent in the protection of users and the protection of self as professionals in social service environments. Not in all organizations and not with respect to all user groups has it been possible to ensure the same level of protection through the provision of personal protective equipment and education on sanitizing self and living environments. These elements, together with the introduction of digital working tools in the helping relationship, have led the reflection of professionals around the meaning and effectiveness of the content and forms of established relationships that until the pandemic were perhaps more underestimated.

This theme opens up an essential field of social service study and application to be explored and put into practice, and that is the introduction of digital social work and its impact on the construction and effectiveness of helping relationships.

This research, in sum, involved the joint effort of researchers and practitioners in reflecting on the concept of consciousness-raising and assessing how little this is chewed up and internalized in ourselves, first and foremost as human beings of this historical period. That of consciousness is a challenging concept in Paulo Freire's (1968) perspective, which although traditionally (and perhaps even instinctively) brings thinking back to individual morality, requires instead a fundamental and radical shift from the idea of self as an individual to the idea of self as a collective, inviting a shift from "self" to "we." The pandemic event actually trespasses each self, bringing clearly into evidence the interdependence that characterizes human beings globally, and challenges every national boundary to defeat an invisible but common enemy.

The commonality of the "enemy" was, however, contrasted by the difference in the starting point that characterizes the contexts where this stopped and where social workers, along with the other professionals who on the front lines were protagonists in coping with the emergency, were already acting in the name of protecting rights and ensuring social justice.

Some themes in the social service debate in Italy have been given more space in national reflection and planning, such as the theme of strengthening professional identity, the theme of caring for professionals with supervisory activities, and the theme of ensuring essential levels of performance nourished by dedicated economic, human and technological resources and outlined in planning and related provision for evaluating the change brought about as a result of the implementation of actions.

In this chapter, we have attempted to present the reflections of professional social workers on the changes that the pandemic emergency has produced in professional practices and the possible learnings to be retained and used to build the future of social work in Italy, relative to practices and training.

In conclusion, two issues emerged that contribute to professionals' awareness of the essentiality and importance of the profession to society: 1) the necessary knowledge on the part of professionals of the components and modes of operation of the social service organization-both with respect to the system in which it operates directly, and with respect to the local, regional, national and global territorial system-and the concrete possibility of networking and acting together, practicing in some way the matured consciousness of being an "organism" as well as an organization; 2) the need to be "in" the society in which it operates, learning from time to time to communicate with all the tools necessary to understand in an increasingly in-depth and current way the needs to which it responds; hence the use of digital that has emerged so disruptively and, in some cases, overbearingly in the habits of professionals.

The oldest and most fascinating knot to which the reflection made during and thanks to this research brings us back concerns the realization that social service is science and art and that professionals have the right and the duty to equip themselves to express themselves and be recognized as science without forgetting to nurture the artistic and creative dimension that characterizes it, without which it would not be able to work with the levels of uncertainty and immateriality with which it has to deal on a daily basis.

REFERENCES

Bazeley, P. (2009). *Analysing Qualitative Data: More Than Identifying Themes*. *Malaysian Journal of Qualitative Research*, 6-22.

Bonomi, F. (2004) Voce “Coscienza” in Vocabolario etimologico della lingua italiana, in www.etimo.it

CENSIS (2021), 55° rapporto sulla situazione sociale del paese 2021, Franco Angeli.

Cerro, A; Ferrante, L.; Laganà, N e Ripa, C. (2020) *Servizi per l'implementazione delle misure di contrasto alla povertà* in “Il servizio sociale nell'emergenza covid-19” a cura di Sanfelici, M., Gui, L e Mordeglia, S., Franco Angeli.

Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory*. UK: SAGE.

Desai, A. S. (2006), *Disaster and Social Work Responses*, in L. Dominelli, *Revitalising Communities in a Globalising World*, Ashgate, Aldershot.

Dominelli L. (2013), *Disaster Interventions and Humanitarian Aid Guidelines, Toolkits and manual*, School of Applied Social Sciences, Duhram University.

Durkheim, E. (1893). *La divisione del lavoro sociale* (2016 ed.). Milano: Il Saggiatore.

England H. (1986), *Social Work as Art: Making Sense for Good Practice*, Gower, Aldershot.

Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). *Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis; A Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development*. *International Journal of Qualitative Methods*, 80-92.

Ferrarotti, F. (2003). *On the Science of Uncertainty. The Biographical Method in Social Research*. Oxford: Lexington Books.

Freire, P. (1968). *Pedagogia do oprimido*, Sau Paul: Paz&Terra.

Garfin D.R., Silver R.C., Holman E.A. (2020), “The Novel Coronavirus (COVID- 2019) Outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure”, *Health Psychology*, 39, 5: 355-357.

Gazzi, G. (2020). *Una comunità professionale e l'emergenza*, in “Il servizio sociale nell'emergenza covid-19” a cura di Sanfelici, M., Gui, L e Mordeglia, S., Franco Angeli.

Gui L. (2016), *Funzioni e prospettive del servizio sociale nelle calamità. Primi esiti di una ricerca*, Calbucci R. et al., a cura di, *Servizio sociale e calamità naturali. Interventi di servizio sociale*, EISS, Roma.

Gui L. (2018), *Altervisione. Un metodo di costruzione condivisa del sapere professionale nel servizio sociale*, FrancoAngeli, Milano.

Gui, L. (2020), *Spiazzamento e apprendimento dall'esperienza in tempo di COVID*, in “Il servizio sociale nell'emergenza covid-19” a cura di Sanfelici, M., Gui, L e Mordeglia, S., Franco Angeli.

ISTAT (2021), *Impatto dell'epidemia covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente anno 2020*.

Marx, K. (1844). (Edizione commentata a cura di Andolfi, F. e Sgrò, G.) *Manoscritti economico-filosofici del 1844* (2018 ed.). Napoli-Salerno: Orthotes Editrice.

Marx, K. (1867). (A cura di Macchioro, A. e Maffi, B.) *Il Capitale* (2013 ed.). Torino: UTET.

Mauss, M. (1924), *Essai sur le don, Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, *Année Sociologique*, seconde série, 1923-1924, tome I.

Mead, G. H. (1966), *Mente, sé e società*. (2018 ed.). Seggiano di Pioltello: Giunti.

Mordeglia, S. (2020), *Introduzione*, in “Il servizio sociale nell'emergenza covid-19” a cura di Sanfelici, M., Gui, L e Mordeglia, S., Franco Angeli.

Payne M. (1997), *Modern Social Work Theory*, Mac Millan.

Sanfelici, M. (2020), “La gestione dell'emergenza nei servizi per le persone anziane” in “Il servizio sociale nell'emergenza covid-19” a cura di Sanfelici, M., Gui, L e Mordeglia, S., Franco Angeli.

SPAIN

Caring for people first: Awareness and ethical commitment of Spanish social workers during the first year of the COVID-19 pandemic

*Belén Parra Ramajo y Josefa Fernández Barrera¹⁶¹
Arantxa Rodríguez Berrio y Emma Sobremonste Mendicuti¹⁶²
Miguel- Ángel Mateo-Pérez y María-Asunción Martínez-Román¹⁶³*

INTRODUCTION.

The declaration of a global pandemic of Covid-19 by the World Health Organization (WHO) in March 2020 and the first data on the dangerousness of the Sars-CoV-2 virus in terms of rapid transmissibility and lethality in territories other than Wuhan, China, have accelerated public measures in the European Union to confine the population and temporarily suspend many economic and social activities considered non-essential.

What followed, the health, social and humanitarian emergency, is still being described and explained. There are many angles and narratives from which the story of what happened can be constructed. It is not easy to put them together: the near absence of systematized information in some cases and, in others, the debate over the validity of official statistical data, make complicated a choral interpretation of social reality that we must learn from experience.

Between the end of January and May 2020, the number of people killed by Covid-19 in Spain exceeded 45,000, according to the National Institute of Statistics (INE). The figure is not without controversy, as the Ministry of Health gives a lower figure of 15,000 people. Perhaps the actual figure is much higher than the previous two, but we do not have the tools to verify this. The first wave of the pandemic had a huge impact on the population over the age of 70, with a 62 percent lethality rate in infected people over the age of 80 (INE, 2020). According to the Bank of Spain (BoE), gross domestic product contracted by an average of 10.8 percent in 2020, and the most vulnerable workers (temporary workers, young people, and employees with low levels of education) saw their jobs disappear (BoE, 2020). It would not take long to see a significant increase in inequality and the risk of poverty and social exclusion, generating greater demand for services and social protection from the population.

The initial shock has had a significant impact on social protection systems: the closure of educational institutions at all levels, the saturation of health care systems (primary care and hospital services), the paralysis of the administration of justice, the closure and confinement of the elderly living in institutions, and the de facto suspension of social programs and assistance to the most vulnerable individuals and families, both in public social services and third sector entities, are some examples. The consequence is a huge unmet demand.

¹⁶¹ Universitat de Barcelona

¹⁶² Universidad de Deusto

¹⁶³ Universitat d'Alacant

In many of these social protection systems, social workers are on the front lines or are part of working groups. We approached them aware of how much they had suffered, given and learned in the early months of the pandemic. We approached them with the sensitivity necessary to recognize their experience as a traumatic event on many levels, including the personal level. And it is precisely their voices, their reflection and their experience that were taken as the starting point for this text, which explores, first and in more detail, the context of the Covid-19 pandemic in Spain, the theoretical framework on the process of conscientization that leads to reflective and engaged action in the social emergency situation resulting from the pandemic, and, finally, what is the discourse and how conscientization is constructed by the social workers interviewed.

Finally, the authors would like to thank their interviewed colleagues for their willingness and committed attitude to research, which is another example of the dedication and ethical commitment they demonstrate on a daily basis.

The Covid-19 pandemic in Spain: context and consequences

The context of the pandemic: the organization of the Spanish state and social protection systems

To better understand what happened during the Covid-19 pandemic in Spain and the institutional and professional actions taken during it, it is necessary to know that Spain was established as a social and democratic constitutional state by the Spanish Constitution of 1978, which is currently in force. It also has a Welfare State model similar to that of its European neighbors, which means that the state covers the social rights of all citizens, guaranteeing, among other things, universal access to health, education and social services. On the other hand, Spain has a complex territorial and political organization, knowledge of which is crucial to understanding the profession and training in Social Service because of the decentralization of the Spanish state. There are three levels of government:

- State level. Central government: president of the Spanish government and 22 ministries.
- Regional level. Extensive decentralization of powers. There are 17 Autonomous Communities (CC. AA), each with its own government: president of the Autonomous Community and its councils (equivalent to ministries). In practice, there are large territorial differences.
- Local level. Municipalities (Municipalities) and Provinces (Provincial Councils) and, in addition, there are different levels of local autonomy for historical reasons (Diputaciones Forales, Cabildos).

This formula of territorial and political organization has been called the *State of Autonomies*, which is an intermediate formula between the centralized state and the federal state, being the result of the convergence of Spain's historical nationalities and regions in the new constitutional order (1978) after the military dictatorship (Navas and Navas, 2018).

Regarding the Spanish health system, it should be noted that it is universally accessible to all citizens and that competencies in health matters are practically decentralized to the Autonomous Communities. The state has exclusive powers only in the areas of Foreign Health; Bases and General Coordination of Health (regulations establishing minimum conditions and requirements,

pursuing a basic equalization of conditions in the operation of public services) and Pharmaceutical Legislation (General Health Law, 1986).

In short, there is a National Health System (with few state-level competencies) and 17 Autonomous Health Systems with health competencies in their regions. There is an Interterritorial Council of the National Health System (Law 16/2003, of May 28, on the Cohesion and Quality of the National Health System), chaired by the Minister of Health, in which his counterparts from all Autonomous Communities are represented and in which some common policies are agreed upon.

In March 2020, the Spanish government established, by Royal Decree 463/2020 of March 14, 2020, a nationwide state of alert to manage the health crisis situation caused by Covid-19. The state had to strike a balance between, on the one hand, imposing a minimum common public health policy that must be respected in all territories and, on the other hand, respecting the autonomy of the Autonomous Communities. This has been one of the main difficulties in such an exceptional statewide situation. Most of the policy decisions on the pandemic had to be negotiated in the Interterritorial Council of the National Health System, without it being easy to reach consensus.

A second example of the complexity of the pandemic policy context affecting the work of social service professionals is the case of social protection and social services. Social services and emergency social benefits are the exclusive responsibility of the Autonomous Communities and are governed by their own laws with a diversity of recognition of rights for people living in their territory. The extreme severity and economic and social impact of the pandemic generated extraordinary public social policies by the Spanish government, known as the "social shield," which can be implemented in the Autonomous Regions and through different social protection systems.

The three autonomous regions where the research took place have their own system of government with different levels of competence. In the case of Catalonia, its powers are framed within the right to autonomy governed by Article 2 of the Spanish Constitution, which stipulates that neighboring provinces with common historical, cultural and economic characteristics, island territories and provinces with a historical regional entity (which is the case with Catalonia) can access self-government and constitute themselves into Autonomous Communities. As a result, Catalonia is one of the autonomous communities with the highest degree of self-government. Its powers are governed by the Statute of Autonomy, approved by all Catalan citizens and subsequently by the Spanish Parliament. Article 1 of the Statute states that Catalonia, as a nationality, exercises its self-government as an autonomous community.

In relation to the powers of the Health and Social Services that may be considered of particular importance, the Statute stipulates that the Generalitat, an institution that exercises self-government, has exclusive jurisdiction over health and public health, over the organization and internal functioning, evaluation, inspection and control of health centers, services and establishments (Article 162).

It also regulates that the Generalitat has exclusive power over social services, which in each case include: the regulation and organization of social service activity, technical and economic benefits for welfare purposes or complementary to other public welfare systems. The regulation and organization of public and private entities, services and establishments that provide social services in Catalonia. The regulation and approval of specific plans and programs aimed at people and groups in situations of poverty or social need, as well as the intervention and control of private systems of complementary social protection. In addition, the Generalitat has exclusive competence

over volunteering, which includes the definition of the activity and its regulation, as well as the promotion of actions aimed at solidarity and volunteering carried out through public or private institutions (Art. 166).

The Autonomous Community of the Basque Country also enjoys a higher level of autonomy than the other territories thanks to its Statute of Autonomy, known as the "Statute of Gernika," approved in a referendum on October 25, 1979, which recognizes the historical nationality of the Basque people and somewhat recovers the political regime lost with the abolitionist *Fueros* laws of 1839 and 1876 that established the historical institutional regime of the Basque territories.

The power structure was determined by the aforementioned Statute of Autonomy (1979) and Law 27/1983 on the relations between the common institutions of the Autonomous Community and the foral bodies of its historic territories, known as the "Law on Historic Territories" (LTH). Therefore, in accordance with the provisions of the Spanish Constitution and the Basque Statute of Autonomy, the Autonomous Community of the Basque Country has three levels of government. The AA of the Basque Country has three levels of government: Basque Government, Provincial Councils, and Municipalities. Health policies are the exclusive responsibility of and are managed by the Basque Government and, therefore, in a unified manner for the entire Basque Autonomous Community. This is not the case, however, in the field of Social Services, where the Basque Government is responsible for planning, but the execution, management and delivery of social services are the responsibility of the Provincial Councils of each of the historical territories-Araba, Bizkaia and Gipuzkoa-and the Municipal Councils. Thus, in the Basque Country, the Social Services Law establishes the common basis for the entire Autonomous Community, guaranteeing access to the benefits and services of the Basque System of Social Services as a universal and subjective right. Provincial councils have regulatory powers in the organization of their services and the authority to plan, provide and organize secondary or specialized care services in their territorial area. However, it is the local councils that are responsible for primary care social services.

In the case of the Valencian Community, the Statute of Autonomy of the Valencian Community, promulgated by Organic Law 5/1982, of July 1, is the basic institutional norm of the Valencian Community, guaranteeing the recovery of the self-government of the Valencian People and its institutions, exercising the powers assumed in the constitutional framework, in its status as a historical nationality, recovering the *Fueros* of the Valencian Kingdom that are applicable in full harmony with the Constitution.

The territory of the Comunidad Valenciana includes municipalities in the provinces of Alicante, Castellón and Valencia. The set of self-governing institutions of the Comunidad Valenciana constitutes the Generalitat Valenciana. In the area of social rights, according to the latest update of the Statute of Autonomy of the Valencian Community (Art. 10, 1): the Generalitat will defend and promote the social rights of Valencians, which are an inseparable sphere of respect for the universal values and rights of individuals and constitute one of the civil foundations of the economic, cultural and technological progress of the Valencian Community. In any case, the Generalitat's actions will focus mainly on the following areas: the integral defense of the family; the rights of legalized union situations; the specific protection and social protection of minors; non-discrimination and the rights of people with disabilities and their families to equal opportunities, integration and universal accessibility in any sphere of public, social, educational or economic life; the articulation of policies that guarantee the participation of young people in

political, social, economic and cultural development; the participation and protection of the elderly and the dependent; social assistance to people suffering from marginalization, poverty or social exclusion and discrimination; equal rights for men and women in all areas, particularly employment and labor; social protection against violence, particularly gender-based violence and terrorist acts; and rights and social assistance for immigrants residing in the Valencian Community. It is worth noting the Generalitat's exclusive competence in the organization, administration and management of all public health institutions within the territory of the Valencian Community (Article 54.1).

Regarding local administration, the local entities in the territory of the Valencian Community, the municipalities (Municipalities) and the provinces (Provincial Councils), administer their own affairs with autonomy, in accordance with the Spanish Constitution and the Statute of the Valencian Community (Article 63.1).

Third, decentralization also has consequences for the diversity of social service training. The state exercises state control over the design of Social Service studies previously devised and approved by the autonomous regions, at the proposal of their universities. There is also periodic state control over the evaluation of the quality of university education outcomes (Bachelor's, Master's and Doctoral degrees) with common quality criteria that, if not exceeded, can lead to the loss of a university's educational offerings. This applies to Bachelor's, Master's and Doctoral programs in Social Work. In autonomous regions, universities have autonomy, but limited autonomy because they depend on funding, approval and evaluation by regional governments. To compensate for this, an alliance has been created between the universities that teach Social Service and the General Council of Social Service, which has made it possible to establish common minimum standards throughout Spain. But, for example, the training of social workers in emergencies plays an unequal role in universities.

The complex territorial structure of the Spanish state and the different levels of public administration make the management of social protection systems under multilevel governments particularly complicated. Both the public policies prior to Covid -19 (health, social services, housing, economy, education, social protection and others) and the pandemic management policy are different in each of these territories and, as a result, social workers manage the pandemic crisis in different contexts.

The facts of the pandemic

On March 11, 2020, the World Health Organization (WHO) declared the existence of a global pandemic of Covid -19. It had previously issued an international alert in late January of that year when the first cases were reported in Wuhan, China, and subsequently, on Feb. 23, the WHO Emergency Committee on International Health Regulations on the outbreak of the new coronavirus issued a statement clarifying that humanity was facing a new, highly contagious pathogen capable of causing enormous economic, social and health impacts. The same statement said that "it is possible for more exported cases to occur in any country. All countries should therefore be prepared to take containment measures" (WHO, 2020).

In Spain, there has been evidence of infection (to be reported later) and virus circulation since at least early February, but the first outbreak will not be officially confirmed until March 1, 2020. The evidence of undetected hidden cases is associated with the slowness of epidemiological surveillance services and the construction of a discourse by health authorities based on "low risk" and "no evidence of community transmission." Ten days later, community transmission and high

transmission areas in Spain (Madrid and the Autonomous Community of Euskadi) were recognized.

Following the declaration of the global pandemic, the Spanish government had no choice but to declare a health emergency and establish the first state of emergency (March 14, 2020), decreeing restrictions on the movement of citizens, guaranteeing the supply of food and products necessary for public health, regulating the opening of hotels, restaurants and places where cultural, artistic, sports and similar activities take place, prioritizing remote work and suspending classroom school activities. The Minister of Health had the civil authorities of public administrations throughout the country under his direct charge, particularly in the health sector. (Royal Decree 463/2020 of March 14). The first state of alert lasted until June 2020, and then was extended on two other occasions, with different measures, and finally lapsed on May 9, 2021. Subsequently, on July 14, 2021, the Constitutional Court declared the partial unconstitutionality of Royal Decree 463/2020, finding that the state of alert is not the appropriate legal figure within the constitutional system for the suspension of fundamental rights.

However, it is true that the measures have reduced the spread of the virus and prevented further infections and deaths, but they have failed to stop the consequences of previous community transmission: hospital collapse and mortality associated with Covid-19. Between January and May 2020, according to the National Institute of Statistics (INE), nearly 50,000 people are estimated to have died from Covid -19 (between confirmed and suspected cases) (INE, 2020). Most died in hospitals (63 percent), but it should not be forgotten that 14,000 people (30 percent of those who died) died in nursing homes, without being transferred to hospitals (Amnesty International, 2020: p. 14). In the first months of the pandemic, the autonomous communities with the highest number of deaths, in absolute terms, were Madrid, Catalonia, and Castilla la Mancha.

The evolution of the pandemic in Spain has clearly been linked to the initial confinement, the subsequent reopening of economic activities, and the vaccination process. Six waves of mass infections have occurred so far, coinciding with seasonal periods when social relations are more frequent (holidays, festivities), increasing the transmissibility of the virus. Table 1 shows the most significant indicators and data on the pandemic in Spain and the Autonomous Communities of Catalonia, Basque Country and Valencia.

Table 1. Main indicators of the Covid-19 pandemic in Spain and some autonomous communities. February 2022

	AI 14 days ¹⁶⁴	Total cases	Deceased persons	Vaccinated population ¹⁶⁵
Catalonia	2.127,35	2. 189.244	16.801	78,5%
Autonomous Community of the Basque Country	1.700,41	636.429	5.824	82,6%
Valencian Community	2.041,44	1.235.278	8.794	81,1%
SPAIN	1.461,71	10.604.200	95.995	81%

Source: own processing of Ministry of Health data: <https://cneccovid.isciii.es/COVID-19/>

From surprise to action: social workers' awareness of the impact of Covid-19 in Spain

Progress status

Within the framework of the international research "Theory and practice of Social Work in times of Pandemic," it was decided to use the term "awareness-raising" to initiate the conceptual debate for the development of a theoretical framework on which the analysis of the material resulting from the fieldwork would later be based. Therefore, a literature and document review was conducted in Spain on the concept of "awareness-raising" from the perspective of individual responsibility of social workers in emergency/disaster situations. Having found no references to the concept of "awareness" in the Spanish context, the review was extended to the concept of "situational awareness" with an international multidisciplinary approach, including disaster risk management guidelines from international organizations such as the United Nations and the World Health Organization. This research found that the concept of "situational awareness" as applied to the individual responsibility of social workers in emergency or disaster situations is not explicitly analyzed in the social service (SS) literature.

Until 2020, the literature on SS in emergencies in Spain has been scarce and focused, for the most part, on direct professional action in both psychosocial and community intervention and emergency management. Its development is due to the experiences of social emergencies that have occurred in Spain due to floods, earthquakes, plane crashes, or terrorist acts (Arricivita, 2006, 2013; Arricivita and Pérez Sales, 2005; Caravaca, 2016; Coloma, 2009; Camús, 2016; Duque and Murguía, 2011; Ferrer Álvarez, 2011; García Herrero, 2006; Herrero Muguruza, 2011; Pérez Madera, 2011). The articles focus on describing and analyzing how interventions were implemented in specific situations that occurred suddenly and unexpectedly, as well as guidelines for skills training to mitigate the consequences of emergencies/disasters, with an emphasis on the functions of social workers (SWs) and the ethical principles of the profession. In relation to training in specific skills, those that Millán et al. (2006) consider necessary for responding to social emergencies should be highlighted: a) Personal skills: balance and self-confidence, ability to self-

¹⁶⁴ 14-day AI: 14-day cumulative incidence: number of reported cases of COVID-19 infection per 100,000 population.

¹⁶⁵ % of people vaccinated with full vaccination schedule out of the total number of people vaccinated.

control, resistance to physical and psychological fatigue, and frustration tolerance. (b) Social skills: flexibility and adaptation to the environment and different work rhythms, positive conflict management, improvisation in the face of unforeseen technical or practical problems (creativity), ability to make decisions in high-stress situations, ability and willingness to work in a team, interpersonal communication skills, empathy, ability to handle silence, and active listening skills.

In the content analysis, three common axes emerge: a) ways to manage emergency response with scarce resources; b) difficulties and guidelines for self-protection; and c) specific attention to vulnerable social groups.

On the other hand, the actions and publications of the organizations defending the Social Work (SW) profession and the rights of Social Workers (SWs) before 2020 were analyzed. These organizations are, at the national level, the General Council of Social Service, which represents all the Official Associations of Social Workers in Spain. Commissions and Working Groups on SS in emergencies and disasters have been established within the Official Associations of SWs and have published papers on social intervention of great interest to professional practice. For example, the Commissions on Emergencies and Disasters of the Official SWs Associations of Castilla-La Mancha, Catalonia, Málaga, and Madrid (Gutiérrez Pascual, 2011; Martínez Vázquez and Cabrera Galisteo, 2019).

The review suggests investigating the awareness of collective responsibility of SWs in emergency or disaster situations, such as exploring the influence of professional culture on the interpretation and perception of disaster as a professional group, ways of socializing problems (Alexander, 2012). During 2020, the pandemic crisis stimulated the international publication of articles and papers on the professional practice of AS in the face of Covid-19. According to the definitions of international bodies such as the United Nations and the World Health Organization (and its Agencies) an emergency is not synonymous with "disaster," a disaster has a broader scope, is caused by natural and human hazards/risks, and has related environmental, technological and biological hazards and risks (United Nations, 2015).

The Covid-19 pandemic is a global disaster, so it is a catastrophe rather than an emergency.

In Spain, during 2020, the General Council of Social Service conducted actions to support the intervention of SWs in the pandemic, both in terms of positioning in defense of the human rights of vulnerable social groups and political *advocacy*, and in terms of information, training, protocol design, deontological and ethical guidelines, and support for SWs. (Consejo General del Trabajo Social, 2020a, 2020b, 2020c).

SWs are an essential part of the multidisciplinary teams that intervene in emergency situations, although not always with social visibility. During the pandemic, they worked on the front lines, although there is a diversity of experience depending on factors such as policies prior to the different incidence and severity of the pandemic at the state, regional or local level. The Ministry of Social Rights and the State Government's Agenda 2030 stated during the pandemic that SWs and social service professionals are part of essential services. However, the decentralization of state responsibilities to the Autonomous Communities and of these to the local level led to very different ways of responding, with many social services being shut down in the face of the spread of the virus and, in many cases, SWs being unable to provide direct assistance to users, ordering telephone assistance.

Internationally, agencies such as the *Global Social Service Workforce Alliance* point out that the effects of the Covid-19 pandemic challenged social services to provide safe services for children, families, and diverse communities in an unprecedented situation. According to Brown (2020), during the early stages of the pandemic, SWs worked to ensure access to needed services for those infected, offering remote counseling and organizing ways to overcome the isolation of some of the most vulnerable populations. They also took responsibility for providing and disseminating factual information about the global disaster situation, developed inclusive service planning, and advocated to governments for increased social support (Brown, 2020). In the context of the pandemic, SWs were exposed to extreme and unknown work demands, which led them to adapt their practices and procedures in a short period of time (Ben-Ezra and Hamama-Raz, 2021).

After reviewing the literature in a more open and multidisciplinary context, not limited to the SS domain, relevant literature and research on "situational awareness" was found. Models of situational awareness have been developed in various fields, such as commercial aviation, the military, medicine, process control, and risk management, among others. A reference author is Endsley, who in 1995 defined the concept of "situational awareness," establishing a three-component model: a) perception of data and information; b) understanding after interpretation and evaluation; and c) future projection with anticipation, mental simulation. Situational awareness is our ability to understand our current state in a specific environment, where we have to make constant decisions in minimal fractions of time. Situational awareness is understood as the perception of the elements of the environment, within a defined space-time window, the understanding of their meaning and the projection of their state in the near future. Perceive, understand, act (Endsley et al. 1998; Endsley, 2015).

Initially this model was focused on the individual and has evolved into an application to teams and organizations (Salmon et al., 2007) that can find application in the organizational contexts of SWs.

Considering team and organizational influences on decision making broadens the focus on factors that influence situational awareness and processes. For example, alignment through coordination practices to direct action toward a common goal (Schakel & Wolbers, 2019). Moreover, in a disaster situation, an organization cannot cope without coordinating with other organizations and institutions. Coordinating information and decision making with interests and viewpoints that may be divergent is complex. Effective collaboration requires a combination of collaborative *sensemaking* and shared situational awareness (Treurniet & Wolbers, 2020). In summary, Endsley's situational awareness model and subsequent application to teams and organizations by other authors are applicable to professional practice and training in SS in relation to situational awareness of emergencies/disasters from the perspective of personal and collective responsibility in SW.

Other perspectives on consciousness-raising and anticipatory behavior are found in future studies and the sociology of risk society and critical positions. These studies analyze and create images of possible, probable and preferable futures and paths. They believe that human awareness of the future is present in anticipatory behavior and everyday predictions. Increasing this awareness will allow decisions to be made toward more desirable futures. Ahvenharju et al.'s (2018) decision-making model on the future is based on five dimensions: 1) temporal perspective, 2) agency beliefs, 3) openness to alternatives, 4) systems perceptions, and 5) concern for others. The sociology of risk and critical positions (Douglas, 1996; Alexander, 2012) analyze shared social responsibility, plurality of actors, cultural biases, ethical and moral dimensions, and institutional

credibility. Mary Douglas studies risks in natural disasters, focusing on the cultural frameworks of social structure that influence risk perception processes. She studies the perception of "risk," emphasizing that information must be codified in order to interpret it, taking into account that this interpretation is influenced by culture (*cultural bias*) and different ways of perceiving these risks depending on social structure, notions of social justice, ethics, morality and institutional credibility. This is not a homogeneous formation, nor should risks be underestimated because of "subjective immunity," and risks are mistakenly considered controlled because they are infrequent events (Douglas, 1996).

International agencies are focusing on a new approach to disaster risk management that prioritizes understanding and awareness: understanding, conscientization (education/conscientization), plurality of actors.

The United Nations Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030 changed the previous focus from "disaster management" to "disaster risk management" as a preventive, people-centered and human rights-based approach. The hazards are multiple and multi-sectoral, and disaster risk reduction actions must be integrated, inclusive and accessible, economic, structural, legal, social, health, cultural, educational, environmental, technological, political and institutional, involving a plurality of actors (including the population) to prepare for response and recovery.

Conceptualization of the expression "consciousness raising".

Expression awareness can be developed according to a phased model. A first stage is internal, based on the person's perception of an unexpected event and how, through his or her own mechanism of perception and introspection, he or she takes it on as his or her own and realizes its importance. Being aware of something begins with having some kind of thought about what we have become aware of. Rosenthal (1986) points out that it is important to differentiate the mental state of being aware from that of acquiring introspective knowledge of that state. Introspection requires paying conscious and deliberate attention to our mental states. Piaget (1980) studied consciousness in its relation to cognition and defined its lack as cognitive unconsciousness. In turn, he indicates that both consciousness and cognitive unconsciousness are governed by the structural properties of thought, the early stages of which are characterized by unconsciousness, while the higher stages are characterized by awareness. For this author, awareness is a complex process that must be analyzed to understand the actual conceptualization that leads to effective incorporation and assimilation (Piaget, 1976).

Organist (2005) makes an interesting comparison between Piaget's and Vygostkij's concept of consciousness. The latter relates consciousness to historical-dialectical materialism, according to which consciousness would involve the emergence of ideas or mental objects that have an external natural object as their reference and are characterized as being more stable, as products of social relations, as well as their objectification in the form of mental representations. Hence, consciousness is analyzed as a product of cognitive development from which the stages or phases of its formation are extrapolated, from practical intelligence to the formation of concepts (Vygostkij, 1989).

The second stage corresponds to the process of becoming conscious and how and because of what factors it occurred. Piaget (1980) defines the process of awareness as a reconstruction on the higher (conscious) plane of what is already organized, but otherwise on the lower (unconscious) plane. The third stage is the transition from awareness to acting accordingly.

Chesney (2008), following Freire's model of intervention, presents that a person's normal, empirical process of acquiring consciousness under normal conditions would be that a person, usually, from contact with facts, phenomena or the objective reality around him or her, emerges ideas and concepts. This pure and direct identification of the essence of a thing enables him to realize it and be ready to create and transform, that is, to act. However, this stage of the process is incomplete if it does not materialize into action. For this reason, it is necessary to influence and activate the fundamental processes to shape the formation of consciousness and, in this way, achieve partial goals that will then lead to real consciousness. To this end, it is necessary to design a strategy that intervenes in the process described above. The fourth stage occurs with the specific commitment made. It involves becoming aware of the shortcomings of social policies and the slow response of public authorities: adopting critical awareness and both direct and indirect action approaches to influence social policy change so that urgent measures are taken to alleviate the effects of social emergency. Impact measures for social service in general and teaching.

The emergence of Covid-19 as a pandemic on a global scale makes it necessary for social workers to consider how such a devastating pandemic occurred. Strier & Shdaimah (2020), analyzing the situation, remind us how the dominance of the free market economy created the need to minimize the state and that reducing the size of the state was the necessary step to give dimension to the most important factor in the new system: private initiative. The glorification of private initiative required the downsizing of the state as a governing and regulatory body. In many areas, the state has given up its most primary functions, becoming a distracted presence in favor of creating uncontrolled spaces for private initiative (2020, p.2). Faced with this situation, they argue that the pandemic has found weakened states adopting a secondary role, overwhelmed by economic crises. They therefore conclude that public authorities have reacted poorly to such a critical situation on a global scale. It is in the face of this reality that social workers found themselves at the outbreak of this pandemic. In this sense, we can link the critical consciousness of the pandemic to Paulo Freire's concept of conscientization, which considered the most critical possible look at reality, revealing it in order to know it and to know the myths that deceive and help maintain the reality of the dominant structure (1973, p. 39).

In 2020, the Barcelona Municipal Council for Social Welfare (Consejo Municipal de Bienestar Social de Barcelona - CMBSB) prepared a document to analyze the social policies to be undertaken in the face of the Covid-19 epidemic. The document began with a reflection and proposals pointing out that the pandemic highlighted problems we already knew about, clearly brought to light groups, people and situations that were victims of inequality, violence and structural exclusion, which could have remained hidden, and created new difficulties; both the pandemic and the subsequent socioeconomic crisis are highlighting inequalities even more (Ajuntament de Barcelona, Consell Municipal de Benestar Social - ABCMBS, 2020, p.5).

Emergencies and social catastrophes also highlight social injustices and the clash of scarce resources (Redorta, 2004), where a pandemic that requires multiple hospitalizations and causes saturation of health care resources puts those most entitled to access the most sophisticated health care services in the balance.

In Spain, several documents have been drafted to protocol how to act in these situations, most notably the one published on March 24 by the Medical Emergency Service of Catalonia (SEM), which indicated the restriction of some resources to citizens over 80 years of age and also mentioned those between 75 and 80 years of age with fewer restrictions, but differentiating them from the rest of the population under 75 years of age. At the national level, the Spanish Society of

Intensive Care Medicine, Critical Care and Coronary Units (SEMICYUC) has drafted a document of recommendations for ethical decision-making in these situations, showing that the application of a rationing criterion is justifiable when all planning and resource allocation efforts have already been made. The duty of health planning should include increasing the availability of resources and evaluating the possibility of transfer to other centers with the capacity to meet the new demand. These situations present AASS, if they are aware of it, with major dilemmas and contradictions related to access to services and the parameters of justice, equity and equality.

During the fifth stage, lessons learned from real and critical awareness in social emergency cases can be identified. Proposals based on these lessons for good management of social emergency situations by social workers both directly and for teaching. Awareness of social emergency situations is likely to occur automatically when social workers have already introjected their role models into their work and their involvement and commitment to social change. However, in order to "become aware" of the learning achieved, a process of reflection (D'Cruz, et al, 2007; Mc.Guire & Lay, 2020; Wilson, 2013) of the processes and actions carried out and their evaluation is necessary. It is on the basis of reflection and analysis of their actions in emergency situations that (SWs) can make proposals for improving their actions. How else can practices be changed in times of global crisis and emergency? Reflexive action leading to critical consciousness is developed in the first person through internal dialogues, but mediated by the social and professional context. Reflexivity refers to the ability to consider ourselves in relation to our contexts and our contexts in relation to ourselves (Longhofer & Floersch, 2012).

The social catastrophe caused by the health emergency had the greatest impact on the most vulnerable people, children, people with disabilities, the homeless, people with unstable jobs and the elderly, especially those living in residential centers (European Social Network, 2021). In the case of Spain, the economic and social consequences of the pandemic have accelerated processes of social exclusion throughout the country, although there are significant territorial differences based on social policies and regional and local social protection systems (Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada - FOESSA, 2022).

Pre-existing social problems of loneliness, poverty, housing overcrowding, and unequal access to health care have emerged more forcefully. The pandemic crisis forces us to rethink the way we organize our society and social and health services (Devlieghere & Roose, 2021). It is therefore necessary, following Golightley & Holloway (2020), for the social service to become aware of and critically reflect on the changes it has incorporated into intervention because of the procedures followed in the pandemic, such as the decrease in home visits, the prohibition of reassuring contact with people in need, online meetings replacing more inclusive multiprofessional decision-making forums, and the questioning of intervention methods hitherto used preferentially by social workers.

The construction of the COVID-19 pandemic awareness discourse among social workers in Spain. Case studies.

Methodological note

The empirical research design is based on the objectives established in the international project "Theory and Practice of Social Work in the World in Pandemic Times" (International Association of Schools of Social Work, IASSW-AIETS 2020), coordinated by Dr. Alexandra Mustafá (Universidade Federal de Pernambuco, Brazil). Covid-19's description of the awareness

process on AASS in Spain shares the methodological aspects agreed upon by the international team of researchers: qualitative approach, data production through targeted interviews, and analytical generalization in the context of case studies.

Given the heterogeneity of social systems and their articulation across the territory of the Spanish state, illustrated in the previous sections, it was decided to consider three specific realities such as Alicante (Comunidad Valenciana), Barcelona (Catalonia) and Bilbao (Autonomous Community of the Basque Country) and to develop empirically the theoretical model of awareness raising described in Section 3.2. To this end, social workers from different sectors, organizations, and public administrations who, before, during, and after the onset of the Covid-19 pandemic in Spain, were carrying out their work and professional duties were selected. Respondents were selected to include professionals working in the public sector (general and specialized public social services) and in third sector social action organizations, and carrying out their professional activities in different areas: primary care social services, emergency social services, care services for people with disabilities, care services for the elderly, housing, mental health, municipal shelters, primary care health centers, and hospitals.

Table 1 shows the profile information of the selected social workers by Autonomous Community, as well as the technical data needed for the qualitative validity analysis of the results.

Table 1. Profile and technical information of selected social workers¹⁶⁶

	Catalonia	Valencian Community	Autonomous Community of the Basque Country
Profile and areas of focus	(EC-1): Municipal emergency social services (public)	(EA-1): municipal social service center (public)	(EE-1): Primary care social services (public)
Interview identifier	(EC-2): Services for people with disabilities (public)	(EA-2): Red Cross (nonprofit organization). Primary care	(EE-2): Social emergency services (public)
	(EC-3): public tertiary hospital	(EA-3): Caritas (nonprofit organization). Attention to the homeless	(EE-3): Municipal homeless shelters (public)
	(EC-4): Non-profit organization: care for the elderly and people with disabilities	(EA-4): primary health care center (public)	(EE-4): Red Cross (nonprofit organization). Guest services.
	(EC-5): Caritas (nonprofit organization). Primary care	(EA-5): Mental health services (public)	(EE-5): Residence for the elderly (private)
	(EC-6): Nonprofit Organization: Mental Health	(EA-6): Residential care units (public)	(EE-6): Basque Health Service mental health center (public)

¹⁶⁶ The acronym EC-1 or EA-1 or EE1. They refer to those interviewed by the various universities. C stands for Catalonia, A Alicante and E Euskadi. It is a way of identifying the interviewees without giving names.

Recording information	Videoconferencing. Video and audio recording Incident: an interview has no pictures, but audio.	Videoconferencing. Video and audio recording No accidents	Face-to-face interview. Audio recording. No accidents
Date of interviews	March-April 2021	March-April 2021	January-March 2021
Number of respondents	6	6	6

Source: own processing

The interviewees (all women) were informed of the objectives and purpose of the international research. Each of them signed an informed consent form guaranteeing their rights as interviewees and establishing conditions of confidentiality. It was agreed that the information obtained would be used only for academic and scientific purposes, geared toward the research goal of contributing to the process of awareness raising and promoting reflective and critical processes in academic and professional settings. It is important to note that when the interviews were conducted, a year had already passed since the onset of the pandemic, so answers could be given with some distance and knowledge of the cause.

The following pages organize and summarize the main contributions of the social workers interviewed in each of the Autonomous Communities where the research was conducted. The results cannot be extrapolated to all social workers in Spain (or in the Autonomous Communities where the interviews were conducted) for several reasons: 1) the design of the international research, following a proposal of multiple and parallel case studies, does not pursue geographic or territorial representativeness, but the description and analysis of discourses from the definition of certain starting hypotheses and dimensions; 2) the selection of cases is not probabilistic but intentional, looking for broad profiles of social workers in which the construction of the discourse on consciousness-raising can be observed from the ethical-political, theoretical-methodological and technical-operational dimensions, studying the common, divergent and emergent aspects in their narratives.

Catalonia

Ethical and political dimensions

*** Consciousness taking**

All interviewees say they became aware of the pandemic well in advance because they saw what was happening in other cities in Europe and around the world, which made it necessary to address the situation. They became aware of its severity through the personal experience of those who suffered from Covid or themselves or their family members. They realized that there were big problems with the pandemic in mid-February, thanks to the news coming in from Italy, despite the fact that there was no alarm in Spain and work continued as usual. EC-4 took action in late February, establishing crisis committees within its organization to prevent any problems, involving the directors of each service. EC-2 acknowledged that it was difficult to realize the severity of the virus because it was an invisible virus and because it was thought that it would not affect Spain that much, but when it saw that activities were beginning to stop, it realized that the situation was getting more complicated. In fact, all the social workers responded well in advance to the

pandemic, but they also emphasized how it affected them personally, either directly or indirectly. They emphasized that as the situation spread, the fear of getting sick and not being able to respond to the needs of the people and services they served grew.

"It's fear and giddiness, as soon as they call you and tell you there's going to be a very serious pandemic and you start to see colleagues starting to fall. Many of our colleagues have gotten sick, and not only colleagues, but also family members. It happened to me when my husband got sick, my colleagues got sick, so all of a sudden the fear ... you see it so real, it's not just that they tell you from the outside, but the people closest to you get sick, people die in the hospital, and that's when you realize the dizziness and the fear" (EC-3).

* Initial response of services and public administration

All respondents say that the response was slow and that most of them had realized the severity of the pandemic well in advance and thus would have shown greater sensitivity. They reflect on the socio-political implications of the pandemic on the health care system and how these effects were exacerbated by previous weaknesses in the system. They emphasize how in the beginning, because the scope of the disease was not foreseen, there was a great precariousness of resources and they had to improvise continuously. EC-4 mobilized volunteers and other resources to obtain protective devices so that professionals could go out to assist people, minimizing the risk of infection. The concern for the professionals who needed to be assisted so that they could be treated was echoed by all the social workers, and they all took action to intervene. It could even be considered that some of the social workers disobeyed orders from above, thus helping to put the citizen and the welfare of the people to be cared for first. She canceled face-to-face visits before it was formally ordered, but despite the fact that the Health Service had said that relatives of COVID-19 patients should not be admitted, even if they were dying, she did not comply because she was very clear that people should not die alone. Seeing that schools had been closed and receiving no instructions, she decided to call the day care centers and workshops to tell them not to open the following Monday and not to take care of food and transportation services. This avoided last-minute chaos.

... to think that the team had to go to the houses and take into account how they had to go to these houses. They had to be reassured because at the beginning we didn't have Personal protective equipment - PPE, we didn't have anything, it was a very tense time: we were inventing. At the beginning people were going to the houses where they couldn't breathe because we were putting bubbles on them, we had to give a lot of support to the team. (EC-1)

Most social workers point out that health services received greater recognition, while social services were rendered invisible and even blamed for many of the situations that arose. The Catalan government, faced with the difficulties that were occurring in the nursing homes, decided to transfer responsibility for their management to the regional Ministry of Health, taking responsibility away from the regional Ministry of Social Welfare. This transfer of responsibilities generated more chaos than what already existed. One respondent expressed great anger at the way social services were "criminalized." She felt that they were not recognized and that it was thought that social services did everything wrong and health services did everything right. He stated that it was believed that infected people were dying in hospitals and people were being killed in nursing homes. He made his complaint to the Administration both at the level of the General Directorates

and the Ministry itself. These differences were noted in the recognition of professionals, as one of the social workers stated:

I think social workers are very confident that they have given great support to individuals and families, they have played a great role and have not been seen. Compared to health workers, the great work they did was not seen. (EC-4)

* Impact, response and personal commitment of female social workers.

All interviewees responded strongly about how to respond to the pandemic and the uncertainty and pain it was causing in the population. Many of them said that they went to work every day to support professionals in the field, but they also knew that they had to protect themselves and ensure that other professionals protected themselves so that they would not be infected. Many of them had to broaden their skills by engaging in services beyond those normally provided. After a month on the job, everything became more complex and demanding, and they had to respond to urgent situations even during vacations and weekends. The focus on services and citizens greatly affected their social and family relationships.

Theoretical and methodological dimensions

* Importance of the role of Social Service.

It was felt to be very important that social workers understand that they are a fundamental pillar of the *welfare* system and that they need to be very close to understanding, comprehending and listening to the person, valuing them and helping them to be protagonists and follow their own path. It was stressed that social workers are not there to tell people which path they should follow, but rather to guide them by offering them different options so that they can make their own decisions. All this is done from a proximity perspective. It was also stressed that AASSs are the first step in caring for people and that people need them in a situation like the pandemic, otherwise the profession is meaningless. They are professionals who take care of people and their goal should be to be there for them. One of the interviewees acknowledged that professionals can go through a crisis and even then they need to be protected and consider whether or not they can continue their work, and that should be allowed as well.

The ability to adapt and to work and offer help at times when uncertainty and urgency are predominant also emerged. Along with the ability to adapt, the quality of flexibility, typical of social work, was highlighted, making the function of psychosocial accompaniment of individuals and families visible.

The social workers interviewed agree that there is a need for collegial reflection on the social consequences of the pandemic and the guarantee of people's rights in case a similar situation occurs again in the future.

The first thing to do is to stop and reflect, which we have not done in the face of urgency and the need to give immediate answers. For the mental health of social workers, we should stop and reflect, identify what needs we have found, what has increased? Loneliness, poverty, the digital divide, all these issues, we should sit down and reflect. Another issue is human rights training, what rights should we guarantee? And what can we do to guarantee them. (EC-3)

When asked how social workers behaved during the pandemic, one respondent said that she met AASS from many services who were very afraid and others who were not. She believes

that it is a matter of attitude and staffing, but that they also need to be accompanied and guided. He thought that a team of professionals cannot be left abandoned in a godforsaken service, where everyone sees things differently, and thus it is chaos. He suggested that in the face of the pandemic, actions should be very well structured and indicators should be developed. He reported that he had to create registries in nursing homes that did not exist.

The view was expressed that social workers have a broad vision and are particularly well trained within social services and the ability to work together with health services, which is sometimes very difficult. It was noted that health services are also moving blindly.

* Impact on training in Social Work.

The importance of working on the impact of the pandemic and its consequences for Social Service in universities and using supervision as one of the essential methodologies is emphasized, as well as the need to recover the issues of ethics and organize groups for reflection and debate, sharing them with younger professionals and even fourth-year Social Service graduates. The fact that there is a tendency to manage only resources and that proximity has been lost and that Covid has generated even more distance, especially in basic social services, as professionals have protected themselves and increased their distance with citizens, was seen as a problem with this vision. In this sense, they were also critical of social work services that favored telephone or videoconferencing services. People targeted by SC professional practice have difficulty accessing and connecting to online services.

People are desperate, they call and call and get no answer, they can't find a way to connect and they don't even have enough to eat, it's a desperate situation. Many professionals have accommodated, me being at the desks, this difficulty for people to access, many professionals don't identify it, they say people can access it perfectly well. Most professionals think this kind of telephone assistance can be done. (EC-6)

One respondent stresses the importance of *leadership* skills in overcoming difficulties that arise, as well as the use of quality management systems. On the other hand, proposals were made for training social workers in online interventions and specialties such as socio-occupational guidance and emotional management of teams.

I would do training on team management, on emotional management of teams, I've noticed the lack of someone to help me on how to convey serenity, at what times to convey urgency, how to manage teams in crisis situations. How to help manage concerns. I think training is needed to help teams through the emotional stages of such a pandemic. (EC-3)

Technical-operational dimension

Several respondents set up specific spaces in order to meet the needs of the population served. Especially with regard to food needs, because they had to deliver a lot of food to homes and needed a space in which to organize all this distribution. This food supply management should be evaluated to see if it was the right one, because they acted with great urgency with the help of organizations and invested a lot of money. An income was created so that people could have their own income and could do their own shopping and promote local trade.

Supportive hospitals were established, services to care for people with disabilities or mental disorders who were left homeless when their caregivers were hospitalized and/or died. Social workers are responsible for the implementation and *follow-up* of these services.

We created that center and after fifteen days we created another one, three emergency devices coordinated by me because all the screening of people to be admitted came through me under the heading: people with disabilities, there are many of them. (EC-2)

One of the interviewees emphasizes how she immediately went to work to take preventive measures to avoid greater risks. She explains that she created daily monitoring reports for each service and reached agreements on measures to be taken, placing towels with bleach at entrances, and spoke with political leaders in the area to help disinfect exteriors and use and purchase full protective equipment.

They also set up participatory spaces with users and professionals. They used a lot of information and communication with families through the making of videos. Everyone participated in the actions that were taking place.

Autonomous Community of the Basque Country

Ethical and political dimensions

*** Consciousness taking**

In the early stages, most of the social workers interviewed said they learned about what was happening through the media, but they did not imagine the severity of the situation or that it would reach our country. Therefore, when the virus had not yet reached Spain, they did not feel fear and remained calm because they did not anticipate what would happen.

At the time, the media had already started talking about the spread of the virus, but in China and then in Italy, but we were unaware of the real danger: something trivial, like a flu. (EE-3)

We weren't particularly scared because we didn't know fully what was going to happen: it was happening in China, there was no great alarm, we were calm..." (EE-2). This happens to others...it doesn't happen to me... (EE-2)

These accounts show that there was little initial awareness of the situation. Reflecting in retrospect on the delay in perceiving and understanding the gravity of the situation, some of those interviewed suggest that this may have been due in part to our ethnocentric worldview, our prejudices and stereotypes, and the prevailing individualism of our culture.

It took us so long to become aware, maybe because we have a vision, I don't know ... maybe because we think that what happens in the rest of the world doesn't affect us, right ... it's as if in Europe we are above good and evil, that it's not going to happen to us, that it's going to happen to the poor of the world, we were slow to react and take action because we didn't see it as an attack on our lives. (EE-1)

These accounts suggest the unexpectedness of the situation, a situation for which they had not been specifically trained and had no experience, a global crisis for which they found no answers in their professional and personal backgrounds:

With this pandemic there were a lot of feelings, a lot of emotions that we had never felt before, because when you went home you felt fear, uncertainty, fear for yourself and for everyone around you, and this had never happened before, many times there were colleagues who had children or elderly people at home and doubted whether they should go home. (EE-5)

But they report that the real realization of the seriousness and danger of the situation came when the pandemic broke out in our immediate vicinity and the dizzying *escalation* of infections and deaths among the entire population began. Only then did the Spanish government or the regional governments realize the danger of the situation; they merely insisted on taking the safety measures recommended by the WHO: distance, hand washing, use of specific protection, etc. It was then that the Spanish government made the decision to decree a state of alert on March 14, 2021 for the entire national territory and as a general protective measure the confinement of the entire population in their homes, except for essential services. It was also at that time that colleagues in some social and health services suddenly found themselves receiving, without warning, a flood of calls asking for information and help.

Panic and fear arose when we began to hear about contagions and deaths near us ... and it came to confinement in the home (EE-1).

Suddenly, 14 hours of work and the phone was ringing off the hook with implausible questions and I was saying, what are they talking about? What is going on? What can I do? (EE-2)

According to the theoretical conceptualization of situational awareness, the results of the analysis reveal a process composed of clearly differentiated stages: the initial awareness when the first echoes of the pandemic arrived, a second phase that the respondents call "real" and which they identify with the panic, confusion and uncertainty of the outbreak of contagion and deaths in their personal and work environment, a third phase of action in accordance with their perception and interpretation of the situation, and, finally, the phase resulting from the retrospective introspection that the research allowed them to carry out.

But you also heard that in many neighborhood communities they wanted to expel doctors, not let them go home, and you thought, what's going on, you also felt rejected, like a stinker, working in a nursing home marked you (EE-5).

* Initial response of services and public administration

The narratives of the social workers interviewed show their perceptions of the ethical and political engagement of institutions and their own work. Their discourses, as could not be otherwise, are not homogeneous and reveal somewhat different but complementary experiences of the same situation.

In the institutional sphere, while some colleagues positively emphasize the involvement of Basque public institutions in the face of the pandemic, others point out some shortcomings in the first moments, aware of the general lack of knowledge of pandemic behavior and the lack of means to protect themselves.

Immediately the Basque government, through the Department of Health, started sending some guidelines that were also applied by the municipalities in the case of my workplace, which were safety measures, the ones that remain today: distance, hand washing, but there was absolutely nothing else! (EE-3)

I think there has been a lack of an organization that can give a general guideline to the pandemic on what to do and how to do it in a context that depends on the Provincial Council, the government, etc., which is a whole institutional framework and I understand that it's complicated, huh? (EE-1)

No one gave us information at the beginning, we had no clear directives from our bosses/managers, no means, no nothing..." just to telework, we had to improvise as we went. (EE-2)

It's good that we did it because there was no one else. You would try to contact any government agency and there was no option because whoever gave you any answer was: I'm at home and my work phone is diverted to my home, so I can't give you an answer, we have to wait until they let us know, we don't know if the social emergency benefit will come out this year, we have no idea..., the answers were like that. (EE-4)

Other narratives show how professional dependence on an institution, a well-known fact in the profession, places limits on intervention, conditioning professional action.

In my case and in the case of the social workers in the municipality, the work was very much conditioned by the institution, the limits were set by them, because we were saying 'we have to do something with the people who are locked in the house, especially the elderly, the sick and the lonely, but the face-to-face appointments are over, the services were closed because the services were not established. (EE-2)

The process was marked by the guidelines that were given, well, those; confinement in the house, preventing people from being on the streets... well, really all we had to do was follow what they gave us, what they imposed on us. And in terms of my work with the homeless, the institutional responses were quick. (EE-3)

Many professionals intervened, and teamwork is crucial because what matters is the resident's well-being, and you have to reach a consensus, negotiate different goals with different professionals, and in times of crisis this teamwork is even more difficult, because you get arguments against you that you don't like and you have to know how to handle them. (EE-5)

* Impact, responsiveness and personal commitment of social workers.

Despite the difficulties and constraints mentioned above, the pandemic revealed social workers' strong ethical commitment to the profession's mission, values and principles. Most of them felt that in the face of such a serious and extraordinary event they had to be present, on the front lines, to accompany the most vulnerable people, boldly taking on the fear and risk of contagion, even if their services advised them to telework to protect themselves.

It was heartbreaking ... we had no means; yet, we had the feeling that we had to be there at that moment because it was something extraordinary. (EE-2)

Some of us decided we didn't want to telecommute and even volunteered to work afternoon shifts to provide more coverage because we thought we had to be there, work hard and give it our all. (EE-2).

We said yes to the option we were given to come to the center, how could we say no! ... And we didn't catch anything... (EE-6)

However, there were also different attitudes regarding the degree of professional and institutional commitment at that time. As human beings, some professionals, understandably in a panic of contagion when their institution allowed it, chose to telework. Likewise, some services

that could choose positioned themselves differently. Some decided that all professionals should telework, while others allowed face-to-face care.

When everyone was confined to their homes, I used to drive and with my gasoline from one center to another to accompany professionals, and many colleagues who were there teleworking would say to me, "Why are you doing this? Because I want to do it". (EE-5)

Even though the government gave guidelines, I saw that the organizations also took a position and had some freedom of choice, right? (EE-1)

Other services, such as hospitals, homes for the elderly, or NGOs such as the Red Cross, have always worked firsthand with a strong commitment to Covid-19 victims and their families, doing everything possible to provide emotional support, accompaniment, and basic necessities.

We understood that it was time to be there where it showed up, if it was about staying in place and doing the work that you normally do, fine, but if it was about something else, it was about something else, I think we are a very used to coordinating with others and we have the capacity among different services to support each other and respond. (EE-4)

Theoretical and methodological dimensions

* Importance of the role of Social Service.

The actions developed by social workers and services were many and varied, depending on the institutional context and the specific needs of each group during the pandemic. As their reports show, in all cases the actions and projects undertaken were aimed at safeguarding people's rights and meeting their basic physical, emotional, social and spiritual needs. Emotional containment, psychosocial accompaniment, information, family and institutional mediation, and instrumental support to cover basic needs were the most significant interventions developed in the various social and health services during the pandemic. They also played a key role in detecting emerging needs during the pandemic, developing projects and actions to respond to them, and intra- and inter-institutional coordination. In the Social Emergencies service, they developed an information-containment project to respond to all callers who felt lonely and distressed and needed to communicate. To cover basic needs, home care programs were organized to bring food, medicine and care to people who needed help with basic activities of daily living, especially considering the closure of Day Care Centers for people with dependency. We also offered *pet walking*, trash removal, etc. in coordination with other agencies. In the case of the homeless, a project was developed to place them in safe spaces when they were confined. In all services, work has been relentless, creating new services in permanent coordination among all types of public and third sector agencies and with citizen groups that have organized to provide volunteer help. The following stories give an account of the changes that the pandemic required.

"We had to go to the streets and look for and locate people who were on the streets and had nowhere to confine themselves ... and create spaces for them, for example, in sports centers, schools, etc.," he said.

We met children from middle-class families, professionals, who were suddenly hospitalized both parents and their relatives were afraid to receive them home because they were positive and because fear invaded everything, they did not want to take care of the children, they did not want to say they were relatives, they lied out of fear. We

had to organize residential centers for them and our mission was to go find them at their home and bring them to that residence. (EE-2)

With people who are habitual users of toxic substances, we had to make a great effort to coordinate professionals between organizations and the police to avoid the "monkey". (EE-2).

People with severe mental disorders have been followed up by telephone throughout the period of social isolation, and we call them every week to accompany and support them. (EE-6)

With the pandemic, we started to see a lot of adjustment disorders, with a very high level of suffering, who had never come to mental health counseling before, because of nearby deaths or losses. Later, they came to us with tons of guilt, telling us: my parents came home and took care of my son and got infected and died... but no one is guilty... (EE-6).

It has been necessary to organize residential resources for people who are lonely, dependent and lack family or neighborhood support... (EE-2)

Gradually, routines have been incorporated into the previous programs and new responses have been incorporated that can be given by the Red Cross Responds program, although we are not at the level of intervention of a year ago because it is not the same reality, and of course now we have ERTES, we have many things that are new and that we did not know how to handle, I think the type of intervention has changed, the needs are again more primary in nature. (EE-4)

Finally, many social workers agreed that they were concerned during the pandemic about families who were previously unprotected or women experiencing gender-based violence:

I said to myself, I don't know what could have happened in those houses...we did phone checks, I mean...we did what we could. (EE-1).

* Impact on training in Social Work.

In this dimension, several aspects appear mixed, suggesting lines of training for the future in order to deal with similar situations. First, their discourses reveal that, especially at the beginning of the pandemic, they feared being involved in an unprecedented, extremely serious and complicated situation, with almost no specific professional expertise to deal with it and no institutional protocols or *ad hoc* resources. The protocols came later. This forced them to act quickly, improvise on the fly, be flexible and creative, and make decisions in the midst of great uncertainty. This also helped them to value the weight of professional experience and personal work done previously.

If there's one thing I've learned is to manage and accept uncertainty, you have to be able to improvise, be agile... (EE-1).

I think the most relevant factor in dealing with this kind of situation is the personal factor, until you come in with certain things worked out, your fears, your ghosts come to the surface, seeing the training and the fact that you've been working for a while, that you know the terrain, gives you some leeway, but the training has to be accompanied by personal work. (EE-6)

The key is to be flexible, whatever you have to face with honesty and as much as you can and say, look, I've come this far, let me find you a person who can give you a better answer, if necessary, or try to find solutions without trying to go beyond your means, because you have to be aware of your limitations, that you can't do everything, creativity, because in everyday life there are many situations, we had a riot because there wasn't bread for all the people in the hostel because the caterers got confused. (EE-4)

Technical-operational dimension

The women interviewed emphasized the extra effort the pandemic required of them and the biopsychosocial impact it had on them. **Despite this**, most of them highly value the effort put in and also the fact that the pandemic has generated great cohesion in the teams and the opportunity to strengthen collaborative work and appreciate the support it provides.

We experienced fatigue, insomnia, stress, we couldn't sleep. (EE-1)

In the service we were very united. (EE-6)

I very much value the professional effort made and the impromptu networking that was done that involved coordination, unbureaucratization, and flexibility. (EE-3)

I think we are an entity that is very used to coordinating with each other and that we have the capacity among different departments to support each other and to respond, I think from general affairs to the department of inclusion, to the department of volunteers, we all turned to respond and we didn't ask, because in fact the first few days before the shelters were set up we were preparing clothing kits, we were preparing food kits and we were all there, the general affairs people, the social workers, the directors. (EE-4).

He also reminded that amid the bureaucratization of personal service organizations, Social Work must strive to work differently, more human, closer to people and more flexible. In this sense, some colleagues believe that we are moving toward over-digitization out of panic and warn that although digitization has enabled us to do excellent social work during the pandemic, we must be careful to avoid the temptation to indiscriminately replace face-to-face work with telecommuting, both for economic and advocacy reasons, because we are social beings who need the gaze, the contact and the warmth of each other.

The pandemic made me work differently, took us even more out of offices and made us closer to people. We learned how much institutions affected our profession in some colleagues, bureaucratizing work in such a way that caused a lot of reductionism in many practitioners. (EE-1)

All users are grateful for the return to face-to-face contact, we need the other person to tuck us in, we had to do without the social aspect during the pandemic ... but human contact, of course, calms the suffering. (EE-6)

Overall, the narratives of the AASSs show their competence and commitment in responding nimbly and creatively to critical and unprecedented situations such as the pandemic. Regardless of their educational and institutional limitations in dealing with situations of this nature, it can be said that their theoretical and practical training, professional experience, and ethical sense were instrumental in their responses.

Valencian Community

Ethical and political dimensions

* Consciousness taking

Before we are aware of the severity of the global pandemic, there is growing disquiet and concern among the professionals interviewed about events that are occurring in neighboring countries such as Italy. The information provided by the media and the increase in the number of nearby or known cases of people getting sick or seeking primary health care services with their symptoms are causing alarm and suspicion about the scope and severity of what would happen next:

Two weeks before the confinement I started to worry, and one week before the state of alert we realized that we had to move on and reinvent ourselves. (EA-3)

But until it starts to affect you, until it starts to have consequences in your life and in your work, you don't start to realize how serious it is.... Another warning indicator has been the closure of health services and the inability to access them as a user. (EA-1)

In this process of relative awareness of the severity of the pandemic and the consequences it would have both for the population and for social workers and their professional services, there is one catalyzing factor on which all the interviewees agree: it will be the declaration of a state of alert by the Spanish government (March 14, 2020) and what it has meant in terms of limiting the mobility of citizens, cessation of economic activity except for essential activities, and reorganization of public services and social protection systems (education, health, social services, administration of justice ...), when social workers face very important changes that will have a significant impact on their physical and mental health, that of their families, and the practice of their profession:

This ban on going out on the street started to make us think it was much more serious than we initially thought. (EA-5)

Coping personally and professionally with a pandemic situation involving a social emergency is very difficult. All the interviewees described the months from March to June 2020 as a "*stressful*" experience, as "*very hard*" months. The initial uncertainty about what would happen in the following weeks, together with the situations of fragility and vulnerability reported by the interviewees (including the Covid-19 infection), is the framework in which social workers will respond to an unprecedented volume of care work and reorganization of services.

* Initial response of services and public administration

The social emergency situation resulting from the pandemic has led to a redefinition of relationships between third sector organizations and government. There was a need for greater coordination and networking with other professionals, especially in the field of care. Third sector organizations played an important role as a resource; in some cases, users of public social services were referred to them with public funding and in other cases, the organization itself covered basic needs, albeit with the main problem of having a large social volunteer base composed of elderly people who were prohibited from direct contact, according to our interviewees. They emphasize the important role of various citizen initiatives. The University of Alicante, as early as March 20,

2020, organized the Collective Volunteerism of Social Emergency - Covid-19, which supported various solidarity initiatives.

The interviewees emphasize that *"greater coordination and the ability to share tools and protocols"* (EA-2) would have been needed in this process, as this would have significantly improved user focus and intervention. Similarly, they point out that *"the lack of leadership, in general, on the part of the public administrations of the entire province (of Alicante)"* (EA-3) was a major problem, both in terms of logistical consequences and legitimacy. For another respondent, municipal social services in large cities disappeared during the initial crisis, although social workers continued to work on a non-presential basis with a high level of involvement.

The overloading of third sector agencies is clearly related to the closure of direct and face-to-face care in public social centers. With the perspective of time, the reflection of one of the interviewees from the public sector comes to mind, *"We should not have closed the Social Centers"* (EA-1). This would have implied a different form of internal work organization that would have affected differently the management of the crisis and the relationship with third sector organizations and social workers. However, the author emphasizes *"the effort, commitment, sacrifice and vocation brought to the sublime state"* (EA-1) of social workers in municipal social services, who also had to bear practically unsustainable workloads.

* Impact, response and personal commitment of female social workers.

Although the days and weeks following March 14, 2020 were very complicated, the social workers interviewed said they faced the events with insecurities and fears, but also with tremendous commitment to the profession and the users of the various services. The *"caring for people first"* (EA-2), *"12 hours on the phone Monday through Sunday..."* (EA-3) and the recognition of the commitment and good response of the work teams are examples of the values the professionals demonstrated, and this is reflected in the interviews. Each of them acknowledges tremendous resilience, while noting the enormous vulnerability and fragility of people (including themselves, of course):

In this work and personal process, I have had to unlearn many things in order to learn new ones, and I believe I will continue in this vein. In this process of unlearning and learning, I think I have become closer to the people we accompany. It has opened my eyes to how vulnerable people are in certain situations and how important context is, having networks, how important relationships are. (EA-5)

Theoretical and methodological dimensions

* The importance of the role of social service and its impact on training.

Full awareness of what is happening and the impact of the pandemic takes time. Interviewees point to March 2020 as the time when they began to realize the seriousness of the situation and the Spanish government's declaration of a state of alert, with the confinement and closure of most public services, as the catalyst. From March to June 2020, social workers underwent significant changes in their labor relations, the internal organization of their work, their relations with other agencies and administrations, and felt that their work was not made socially visible. Increased pressure of care, unsatisfied demand, and the inability to provide direct face-to-face care or manage services and relationships with other professionals or users as was normal before the pandemic are important factors in understanding the general feeling of the female professionals interviewed.

It was terrible and very traumatic. When you experience it, you don't think while you're working. There is no time. With time you think about it, you think about how you dealt with the situations and that it could have been much worse. With time you see that we worked very hard and very well, with a lot of commitment. (EA-6)

This is a great life lesson on a personal and professional level. We are extremely vulnerable to illness and health loss, as are the clients we work with. (EA-1)

The model of care needs to change radically and focus on the person, in their context. I was very hurt by what happened in nursing homes and that can be extrapolated to other groups, such as people with mental health problems...another model of accompaniment, recovering the networks in people themselves, working in the community, supporting them in their life plans... (EA-5)

In the training of social workers we need to introduce emotional management of stress and fear, self-care. We think we know this, but we don't. Even AASS has been withdrawn. (EA-3)

This opens up the possibility and opportunity, based on what we heard from the interviewees, to learn from the crisis situation and social workers' commitment to the ethical principles of the profession. This implies a different position regarding the care of social workers within the organizations in which they work and a greater relevance and impact in these organizations.

Technical-operational dimension

Since mid-March 2020, respondents working in general and specialized social services and third sector organizations report that significant changes have occurred in the internal organization of services. Many of these changes had to be implemented in a few days and under difficult material conditions (lack of PPE - Personal protective equipment, masks, unsuitable spaces, etc.).

Changes had to be implemented in all services to make the requirements of the alert decree compatible with the needs of service users, which would increase exponentially. This increase in demand for assistance would change the tasks that social workers had to take on.

The implementation of teleworking (which many social workers gave up because of their commitment to their work and citizenship), changes in case management (especially in data recording) and the reorganization of teams into independent "bubbles," but with the need to share information, are aspects highlighted by the interviewees. The assessment of these changes is unanimous: it has been necessary to adapt to circumstances, and organizations and professionals have made an enormous effort, despite the limitations of resource-poor public services, to deal with a social emergency of such magnitude. According to one respondent, the time when it is necessary to adapt and change the organization and services is the most critical time and the one that reveals a lack of prior planning in emergency situations:

Then I realized the disaster that caught us off guard and that all of a sudden we didn't have isolation spaces, we didn't have protective devices, we hadn't determined how to make isolation compatible with the right to visitation and contact with children, and that's when you start to realize that you've been caught off guard. That a big problem came along that we weren't prepared for. (EA-6)

Social workers took on all kinds of tasks resulting from the reorganization of work. In some cases, the pressure to provide care increased to such an extent that some interviewees commented that they saw how the very definition of social service was blurred among the many immediate needs that needed to be addressed and resolved.

Perhaps the scope and impact of service changes and reorganization can be seen most dramatically in the field of social and health workers. As one of the interviewees points out:

Clearly my role as a social worker had to be covered, calling all the people who had appointments that week, calming tempers on the phone, organizing food for people and families who had lost all sources of income and found social services closed, supporting those who were alone.... (...) We did everything. We even sought masks, protective screens for my colleagues.... For the first month, all of us were cutting garbage bags for direct care professionals. (EA-4)

We were sent home and had no telematics organization. We could not access our medical history database. The first thing we did was to design and generate a Drive to download and share all the information, in daily contact with the team via WhatsApp and regular meetings. There was no need for food, but for support, reassurance, guidelines, family support, coordination with social agencies... (EA-5)

CONCLUSIONS

The first report of the Covid-19 pandemic in Spain was constructed with the clear intention of not alarming the population. The media and health authorities influenced public opinion with clear messages of caution, underestimating the possibility of massive contagion in Spain. It is difficult to express the *shock* that accompanied the realization of a serious and threatening health emergency. Uncertainty about the disease, the absence of treatment, the morbidity of the virus, and the mode of transmission quickly got the better of the population. Measures to isolate and confine the population and any kind of activity considered non-essential were introduced to save lives and decongest the collapsing health care system, while raising enormous public concern about the short- and medium-term economic and social consequences. Until the end of March, public social services were not considered essential services by the state, causing confusion and unmeasured harm to users.

Meanwhile, the last weeks of March and the first weeks of April 2020 will be remembered for the social and human drama of the massive Covid-19 contagion in institutional nursing homes, with the number of deaths and the Dante-like situations of isolation experienced by users who had to suffer (and in many cases die) in solitude. With utter rawness, the pandemic opened up as what it would really be: an unprecedented social justice crisis (Banks, 2020, p. 577).

The social workers interviewed lived through the critical time of the onset of the pandemic, having to cope with personal and family problems resulting from the health emergency while continuing to contribute to the welfare of citizens in various settings and organizations. Most of the respondents realized the seriousness and danger of the situation when the pandemic broke out in our immediate vicinity and the dizzying escalation of infections and deaths among the population as a whole began. Social and health services suddenly found themselves receiving a flood of calls asking for information and help. Other interviewees recount that they became aware of the pandemic well in advance because they saw what was happening in other cities in Europe

and around the world. The committed reaction of social workers, according to the interviewees, is clearly related to the ethical principles of the profession.

There were many obstacles to overcome in the first few months: inaccessible systems of self-protection from contagion in direct care, lack of clear instructions and proper protocols, teleworking, and, above all, lack of technical and human resources to meet the demands of users and citizens. Respondents made their experience and knowledge available to the organizations and entities in which they worked in order to progress with great difficulty: they worked longer hours, reorganized services and shifts, exposed themselves to contagion in many cases, performed all kinds of tasks contributing to entities and centers, devised formulas to keep users from lacking assistance by adapting spaces and creating others, strived to coordinate entities and resources, innovated and reflected on the situation they were experiencing. The actions developed by social workers and services were many and varied depending on the institutional context and the specific needs of each group during the pandemic. In all cases, the actions and projects undertaken aimed at safeguarding people's rights and meeting their basic physical, emotional, social and spiritual needs. Emotional containment, psychosocial accompaniment, information, family and institutional mediation, and instrumental support to cover basic needs were the most significant interventions developed in the various social and health services during the pandemic. Countering them: the lack of structural resources of protection systems, bureaucracy, lack of flexibility in adapting some services to the health emergency situation, the changing and sometimes contradictory orientations of health and social policies, the digital divide, the closure of social centers, the increase in needs and unsatisfied demand of users, as well as having to deal with one's own fears and uncertainties and, in many cases, contagion and illness.

The social workers interviewed have reached their limits and clearly exceeded them. Fatigue and stress are terrible companions, especially when the journey is prolonged in time. The deterioration of the mental and physical health of female social workers during the first months of the pandemic in Spain has been empirically proven, as shown in the work of Muñoz-Moreno et al. (2020). It is important not to forget this aspect, as the female respondents have hardly been able to rest physically since the beginning of the pandemic or to disconnect psychologically adequately, as the generalized lack of human resources and the subsequent increase in the needs and demands of the population prevented them from doing so. Moreover, the work of social workers has not received the social recognition it deserves, either from the public or from political and social institutions.

Dealing with the social emergency resulting from the first phase of the Covid-19 pandemic was extremely difficult and stressful for social workers. What was to follow soon after would be no less so, as they would have to deal, with very limited resources and little strength, with the impact on the incomes of individuals and families of the economic slowdown, rising inequality and commodity prices, the consequences of social isolation for the elderly, and difficulties in child development, among many other issues. All this against a backdrop of a general weakening of social cohesion and inclusion mechanisms and social policies that have yet to be adequately and effectively deployed in many areas of the state. The social workers interviewed emphasized the importance of networking, coordinating resources among public and private organizations and entities, supporting and promoting formal and informal voluntary help, and generating synergies with the community and its resources, along the lines recommended by the General Council of Social Service at the beginning of the pandemic (March 2020) in its proposals for action addressed to social workers in the face of the Covid-19 pandemic (CGTS, 2020d: p.4).

The lived and recounted experience of the social workers interviewed involves an exercise of analysis and introspection that is valuable in itself, as it allows for critical reflection on the individual role of the social worker and his or her work context, linking it to broader social, economic and political processes. The social workers interviewed not only denounce the need for public social policies that recognize the rights and duties of citizens in a context of social emergency, but also point to the meaning and direction of new management in multilevel governance processes. Public policymakers and *policy makers* need to be aware of the proposals derived from the experience of social workers in pandemics; this transfer of knowledge is essential for the development of plans, programs and projects, for the organization of services, for innovation in the field of organizations and agencies, and in publicly owned social and health services.

For our part, it is the responsibility of those engaged in Social Service education and research to be transmitters of the knowledge, skills, and attitudes derived from professional experience in the face of Covid-19, disseminating the resulting responses, strategies, and learnings (Amadasun, 2020, p.755). This work will, over time, enable comparative and international analysis of the social processes generated by the Covid-19 pandemic and its consequences, and learning from the experience of professional practice. In the meantime, our deepest respect, admiration, and commitment to colleagues who have worked and continue to work day in and day out to address the consequences of the pandemic.

REFERENCES

- Ahvenharju, S., Minkkinen, M., & Lalot, F. (2018). The five dimensions of futures consciousness. *Futures*, 104, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2018.06.010>
- Ajuntament de Barcelona, Consell Municipal de Benestar Social (ABCMBS). (2020). *Les polítiques socials municipals davant l'impacte de la COVID-19, aportacions del Consell Municipal de Benestar social*. <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxius-documentos/politiques-socials-municipals-covid-19.pdf>
- Alexander, D. (2012). Models of Social Vulnerability to Disasters. *Revista Crítica de Ciències Socials-RCCS*, Annual Review, 4(4), 22-4. <https://doi.org/10.4000/rccsar.412>
- Amadasun, S. (2020). Social work and COVID-19 pandemic: An action call. *International Social Work*, 63(6), 753–756. <https://doi.org/10.1177/0020872820959357>
- Amnistía Internacional (2020). Abandonadas a su suerte. La desprotección y discriminación de las personas mayores en residencias durante la pandemia COVID-19 en España. Recuperado de: <https://bit.ly/341rJeK>
- Arricivita, A.L. (2006). La intervención social (o psicosocial) en emergencias y catástrofes. *Servicios Sociales y Política Social*, 74, 27-42
- Arricivita, A. L. (2013). *Manual para trabajadores sociales y otros profesionales de la ayuda*. Psicosocial & Emergencia Gráficas Alós.
- Arricivita, A.L., y Pérez Sales, P. (2005). La intervención psicosocial en catástrofes. El punto de vista de los actores. *Agathos. Atención Sociosanitaria y Bienestar*, 3, 44-46.

Banco de España (BdE) (2020). Informe anual 2020. Informe anual en breve. Disponible en:

https://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesAnuales/InformesAnuales/20/Fich/InfAnual_2020-IA.pdf

Banks, S. et al. (2020). Practising ethically during COVID-19: Social work challenges and responses. *International Social Work*, 63(5), 569–583. <https://doi.org/10.1177/0020872820949614>

Ben-Ezra, M., & Hamama-Raz, Y. (2021). Social workers during COVID-19: Do coping strategies differentially mediate the relationship between job demand and psychological distress? *The British Journal of Social Work*, 51(5), 1551-1567. <http://dx.doi.org/10.1093/bjsw/bcaa210>

Brown, N. (2020). *Social service workers mitigating the impact of COVID-19*, The Global Social Service Workforce Alliance. <http://socialserviceworkforce.org/resources/blog/social-service-workers-mitigating-impact-covid-19>

Camús, J. D. (2016). Las emergencias sociales: Fundamentos e Intervención. Un abordaje desde una disciplina interdisciplinar. ACCI, Asociación Cultural y Científica Iberoamericana.

Caravaca, C. (2016). Los nuevos ámbitos de Intervención desde el ejercicio libre en Trabajo Social. *La Razón histórica: revista hispanoamericana de historia de las ideas políticas y sociales*, 33, 181-202.

Chesney, L. (2008). La concientización de Paulo Freire, *Rhec*, 11 (11),51-72. <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/rhec/article/view/1032>

Coloma, A. (2009). Una aproximación a la intervención del Trabajo Social comunitario en situaciones de catástrofes y desastres. *Cuadernos de Trabajo Social*, 22, 243-257. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0909110243A/7510>

Consejo General del Trabajo Social (2020a). *Plan de Emergencia de Trabajo Social Sanitario. Gestión Social Sanitaria COVID-19*. Madrid: G.E.I.E.S. Grupo Estatal de Intervención en Emergencias Sociales/Consejo General del Trabajo Social.

Consejo General del Trabajo Social (2020b). *Servicios Sociales y Política Social*, XXXVII, Monográfico: Trabajo Social vs COVID-19.

Consejo General del Trabajo Social (2020c). Incidencia política: Participación en el ‘Plan de Respuesta Temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19’ en el ámbito de los centros sociales residenciales. Grupo de trabajo de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales y Agenda 2030, Ministerio de Derechos sociales y Agenda 2030, Gobierno de España <https://www.cgtrabajosocial.es/comunicaciones/comunicado-el-cgts-insta-a-dar-una-respuesta-temprana-en-los-rebrotes-que-pudieran-aparecer-en-las-residencias-de-mayores/537/view>

Consejo General del Trabajo Social (2020d). *Recomendaciones del Consejo General del Trabajo Social a los y las trabajadoras sociales ante la situación del COVID-19*. Madrid: Consejo General del Trabajo Social. Recuperado de: <https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/Documento%20CGTS%20COVID-19.pdf>

Constitución Española, 1978. BOE núm. 311, de 29/12/1978. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

D’Cruz, H.; Gillinham, P., & Melendez, S. (2007). Reflexivity, its Meanings and Relevance for Social Work: A Critical Review of the Literature, *British Journal of Social Work*, 37,73–90. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl001>

Devlieghere, J., & Roose, R. (2021). Editorial: why the COVID-19 pandemic calls for a children’s right reflex, *European Journal of Social Work*, 24(4), 563-565, <https://doi.org/10.1080/13691457.2021.1947596>

Douglas, M. (1996). La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales. Paidós

Duque, J. M., y Murguía, M. J. (2011). La emergencia social: ámbito (privilegiado) de intervención para los servicios sociales. Gestión en el Ayuntamiento de Bilbao. *Servicios Sociales y Política Social*, 94, 69- 82.

Endsley M.R. (2015). Final Reflections: Situation Awareness Models and Measures. *Journal of Cognitive Engineering and Decision Making*, 9(1), 101-111. <https://doi.org/10.1177%2F1555343415573911>

Endsley, M. R., Farley, T.C., Jones, W.M., Midkiff, A.H., & Hansman, R.J. (1998). *Situation awareness information requirements for commercial airline pilots*. International Center for Air Transportation. <http://hdl.handle.net/1721.1/35929>

European Social Network (ESN). (2021). COVID-19 impact on Europe’s social services. Protecting the most vulnerable in times of crisis. Royal Library of Belgium.

Ferrer Álvarez, I. (2011). El servicio de Emergencias del Ayuntamiento de Barcelona. *Servicios Sociales y Política Social*, 94, 83-90.

Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada - FOESSA (2022). Evolución de la cohesión social y consecuencias de la COVID-19 en España. Fundación FOESSA y Cáritas Española Editores. Recuperado de: <https://bit.ly/3IScp2T>

Freire, P. (1973). *El mensaje de Paulo Freire. Textos seleccionados por el INODEP*. Fondo de Cultura Popular. Marsiega, pp. 13-14.

García Herrero, G. (2006). La respuesta de los servicios sociales ante las situaciones de urgencia. *Servicios sociales y Política Social*, 74, 6-25.

Generalitat de Catalunya. (2020). *Procediment d’actuació en front de casos d’infecció pel coronavirus SARS CoV-19-2*. https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/C/coronavirus-2019-ncov/material-divulgatiu/procediment-actuacio-coronavirus.pdf

Global Social Service Workforce Alliance, UNICEF, International Federation of Social Workers, Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. (2020). *Social Service Workforce Safety and Wellbeing during the COVID-19 Response - Recommended Actions* | Global Social Service Workforce Alliance. Social Service Workforce Safety and Wellbeing during the COVID-19 Response - Recommended Actions | Global Social Service Workforce Alliance

Golightley, M., & Holloway, M. (2020). Editorial: Unprecedented Times? Social Work and Society post-COVID- 19, *The British Journal of Social Work*, 50(5), 1297–1303. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcaa110>

Gutiérrez Pascual, M. (2011). La estructura colegial española de Trabajo Social y sus acciones ante situaciones de emergencia. *Servicios Sociales y Política Social*, 94, 33-5

Herrero Muguruza, I. (2011). Los Trabajadores Sociales en situaciones de crisis, emergencias y catástrofes. *Margen*, 63, 1-9.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2020). Defunciones según la Causa de Muerte. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_ene_may_19_20.pdf

Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco. BOE 242, de 7 de octubre de 2011. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-15726

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE-A-1986-10499. Publicado en: BOE 02, de 29/04/1986. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE 128, de 29/05/2003. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

Ley 27/1983, de 25 de noviembre, de Relaciones entre las Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma y los Órganos Forales de sus Territorios Históricos. BOE 92, de 17 de abril de 2012. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-5193>

Ley Orgánica 3/1979, de 18 de diciembre, de Estatuto de Autonomía para el País Vasco. BOE 306, de 22/12/1979. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/1979/12/18/3/con>

Ley Orgánica 1/2006, de 10 de abril de Reforma de la Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana. BOE 86, de 11/04/2006. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2006/04/10/1>

Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña. BOE 172, de 20/07/2006. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2006/07/19/6/con>

Longhofer., & Floersch, J. (2012). The Coming Crisis in Social Work: Some Thoughts on Social Work and Science. *Research on Social Work Practice*, 22(5), 499-519. <https://doi.org/10.1177/1049731512445509>

Martínez Vázquez, N., y Cabrera Galisteo, O.M. (2019). Grupos y/o Comisiones de profesionales del Trabajo Social de intervención en emergencias en los Colegios Oficiales profesionales de Trabajo Social en España. *Documentos de Trabajo Social*, 62.

Mc.Guire, L.E., & Lay, K.A. (2020). Reflective Pedagogy for Social Work Education: Integrating Classroom and Field for Competency-Based Education, *Journal of Social Work Education*, 56 (3),519-532. <https://doi.org/10.1080/10437797.2019.1661898>

Millan, C.; Plaxats, M. A.; Román, A. y Romero, M. I. (2006). La trabajadora y el trabajador social emergencista (perfil, formación, marco legal, y una experiencia de intervención en el ámbito internacional). *Servicios Sociales y Política Social*, 74,113-133.

Muñoz-Moreno R, Chaves-Montero A, Morilla-Luchena A, Vázquez-Aguado O (2020). COVID-19 and social services in Spain. *PLoS ONE* 15(11): e0241538. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241538>

Naciones Unidas (2015). Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030. CH: UNISDR.

Navas, F. y Navas, A. (2018). *El Estado de las Autonomías*. Dykinson

Organista, P. (2005). Conciencia y metacognición, *Avances en Psicología Latinoamericana*, 23,77-89.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Disponible en: [https://www.who.int/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. Junta de Vigilancia Mundial de Preparación para las Emergencias Sanitarias (2019). Informe “Un mundo en peligro: Informe anual sobre preparación mundial para las emergencias sanitarias”. https://www.gpmb.org/docs/librariesprovider17/default-document-library/annual-reports/gpmb-2019-execsum-annualreport-es.pdf?sfvrsn=52ccc8_3

Pérez Madera, D. (2011). El SAMUR Social como servicio social de atención a las emergencias sociales. Su papel en la catástrofe del atentado terrorista del 11M y en el grave accidente aéreo de Spanair. *Servicios Sociales y Política social*, 94, 9-32.

Piaget, J. (1976). *La toma de conciencia*. Morata.

Piaget, J. (1980). Problemas de la Psicología genética. Ariel.

Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE 67, de 14/03/2020. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-3692>

Real Decreto-ley 11/2020, de 31 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes complementarias en el ámbito social y económico para hacer frente al COVID-19 (BOE 91, de 01/04/2020)

Redorta, J. (2004). Cómo analizar los conflictos. La tipología de conflictos como herramienta de mediación. Paidós.

Rosenthal, D. (1986). Two concepts of consciousness. *Philosophical Studies*, 49 (3), 329-359. <https://www.jstor.org/stable/4319832>

Salmon, P. M., Stanton, N. A., Jenkins, D. P., Walker, G. H., Young, M. S., & Aujla, A. (2007). What really is going on? Review, critique and extension of situation awareness theory. In International conference on engineering psychology and cognitive ergonomics (pp. 407-416). Springer.

Schakel, J.K., & Wolbers J. (2019). To the edge and beyond: How fast-response organizations adapt in rapidly changing crisis situations [When duty calls: confronting fragmentation in crisis management] *Human Relations*, 74(3), 405-436. <https://doi.org/10.1177%2F0018726719893450>

Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). (2020).

Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos (SEMICYUC). https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf

Strier, R., & Shdaimah, C. (2020). The faintest stirring of hope became possible: Pandemic Postscript. Editorial Note. *Ethics and Social Welfare*, 14 (3),242-247. <https://doi.org/10.1080/17496535.2020.1798603>

Treurniet, W. & Wolbers, J. (2020). Codifying a crisis: Progressing from information sharing to distributed decision-making. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 29(1), 23-35. <http://doi.org/10.1111/1468-5973.12323>

Vygostky, L. (1989). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Crítica.
Willson, G. (2013). Evidencing Reflective Practice in Social Work Education: Theoretical Uncertainties and

Practical Challenges. *British Journal of Social Work*, 43,154-172. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr170>

Biographical note on the authors:

Josefa Fernández Barrera

Graduate in Social Work, with a law degree and a doctorate in Sociology from UB. She has worked in the fields of health and mental health, childhood and family, family mediation and association support. He has developed his main lines of research in these areas. Retired lecturer in Social Work at the UB. Founding IP of GRITS (Group for Research and Innovation in Social Service) at UB and former director of the Department of Social Service (2008-2016) ORCID <http://orcid.org/0000-0002-7544-7275>

María-Asunción Martínez-Román

Diploma in Social Work, Bachelor's Degree in Education, Master's Degree in Evaluation in Social Service and Social Work and Doctorate in Sociology (UA). Retired professor of the UA University School of Social Service and Social Services. Honorary collaborating professor of the Department of Social Service and Social Services and the UA Inter-University Institute for Social Development and Peace. Lines of research: public policy (poverty and social exclusion due to gender, age, severe chronic illness, disability); training, professional practice and impact on social service policies. Member of the International Federation of Social Workers, the Mediterranean Gerontological Association and the Spanish Society of Geriatrics and Gerontology. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5660-0126>

Miguel-Ángel Mateo-Pérez

Professor of Social Service and Social Services, University of Alicante. Department of Social Service and Social Services and Interuniversity Institute of Social Development and Peace. Lines of research: social policies, exclusion, poverty, inequality, incidence of social workers in social policies. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3716-6624>

Belén Parra Ramajo

Diploma in Social Service, degree in Social Anthropology and doctorate from UB. Associate professor at UB (Training and Research Unit in Social Service). Founding researcher of GRITS (Consolidated Group for Research and Innovation in Social Service). Contributing

researcher of GRISI (Consolidated Group for Research on Social Educational Interventions in Childhood and Youth). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3555-2916>

Arantxa Rodríguez Berrio

Ph.D. in Political Science and Sociology from Deusto University. Lecturer at the University of Deusto. Department of Humanities and Social Sciences. She was the Director of the Department of Social Service and Vice-Director for Innovation and Quality in the Faculty of Political Science and Sociology. She was also director of the University Master's Program in Intervention and Mediation with Children and Adolescents in Situations of Lack of Protection and/or Social Conflict. Deusto Social Values Research Group, recognized by the Basque government as a high performing research group in the Basque university system, Type A. Lines of research: childhood and adolescence in situations of social vulnerability, social intervention methodology in social service and professional skills for social intervention, processes of social inclusion/exclusion, social service epistemology and social values. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9651-0272>

Emma Sobremonte Mendicuti

Diploma in Social Work, BA in Sociology and PhD in Sociology from Deusto University. Lecturer at Deusto University. Department of Humanities and Social Sciences. Director of the Master's program in Family Intervention and Mediation. Served as Director of the Department of Social Service and Sociology and Deputy Director of Academic Organization of the Faculty of Humanities and Social Sciences (UD). Deusto Social Values Research Group, recognized by the Basque government as a High Performance Research Group of the Basque University System, Type A. Lines of research: social inequalities in health, health and social service and health care, ethics of social intervention, social service epistemology and social values. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0958-2719>

SWEDEN

The Swedish welfare state and social work during Covid-pandemic

*Jessica Jönsson & Maria Bennich*¹⁶⁷

INTRODUCTION

The Swedish welfare State's neoliberal reorganisation

Globalisation has, as John Tomlinson (1999) argues, transformed the local to the global and the global to the local. This has challenged the 'locality of social work', i.e., the national boundaries of social work, and forced it to (re)orient itself in a time of globalised processes of inequalities. Globalisation is often considered to be a desirable and positive development which benefits all societies and nations. Globalisation is, however, not a neutral process which influences all societies and nations on equal terms. It has been developed through colonialism, capitalism and imperialism which has guaranteed the privileges of the colonial and imperialist powers. The current neoliberal world order is a development of the imperialist created 'world-system' (Wallerstein, 1975) that does not leave any country, including Sweden, out of its scope.

Although globalisation is not a new condition in human life (Beck, 1998; Robertson, 1992) and human societies have always been influenced by globalisation (such as in the case of globalisation of great religions), nation states have a tendency to see it as something new and exclusively modern. This is due to nation states' propaganda of presenting themselves as something 'unique' and different from other nations. Equally, in Sweden there is a tendency of seeing itself as something different from other nation state and handling the education and practices of social work as something national and limited within the border of the nation state. This mainly depends on the fact that the education, practices and research of social work in Sweden have been developed as a part of the Swedish state visions, ideology and social policy during a long history of the development of the social democratic state. However, even what is called 'the Swedish model' or 'the Scandinavian model' has been highly influenced by for example the German model of welfare state. Social work in Sweden was until early 1980s an integrated part of the Swedish welfare state and its social policy was aimed at reducing socioeconomic inequalities and eliminate social problems. All aspects of social work were influenced by the governmental social democratic ideology which saw social problems as the consequences of structural problems of the capitalist system.

The incursion of neoliberalism in the world in 1980s by the leadership of the president of the USA, Ronald Reagan, and the prime minister of the UK, Margaret Thatcher, came to influence what is known as the Swedish model, its social policy and social work in 1990s. The neoliberal leaders, Reagan and Thatcher, considered the state in general and the welfare state in particular as a problem for economic development. Reagan believed and propagated that 'the state is not a solution; the state is the problem' for economic growth and Thatcher called the welfare state for 'nanny state' and social workers as 'nannies' (Kamali & Jönsson, 2018). Social problems were

¹⁶⁷ Örebro University

considered by such neoliberal leaders as individual problems caused by individuals and not by the socioeconomic system. This sparked an aggressive neoliberal globalisation which forced almost all countries around the world to adjust themselves to the neoliberal policies. The fall of the Soviet Union in early 1990s encouraged the Swedish social democratic government and party to adjust itself to ‘the sprite of the time’, i.e., to neoliberalism as ‘the only alternative’ in the world – which Thatcher propagated. This transformation has influenced both the traditional Swedish welfare state and social work as the integrated part of the Swedish welfare state.

Decades of neoliberal reforms have distanced social work practices from its structural perspectives and limited it to individual interventions within a system of increasing structural and institutional inequalities (Jönsson, 2015; Kamali & Jönsson, 2018). Despite neoliberalisation of the Swedish and even Nordic countries, which has dramatically changed such societies’ structural and institutional arrangements, some still are trapped in the illusion that Sweden and other Nordic countries are countries of equality and social welfare. The fact is that Sweden and other Nordic countries have since early 1990s – both under the social democratic governments and right-wing governments – went through major neoliberal reforms that have marginalised the welfare state and the education and practices of social work (Kamali & Jönsson, 2018).

The Swedish and other Nordic countries’ states are not anymore strong welfare states, but representatives, and part of, a global capitalist system where global companies’ profits are more important than human lives and health. Several OECD reports (2013; 2016) show that meanwhile socioeconomic gaps have increased during the last decades in Sweden and other Nordic countries, the welfare expenditures have been limited and not in parity with people’s need. The reports indicate that the socioeconomic gaps between the poorest and the richest in Sweden increased as much as in the USA. This has also led to the increasing support for the racist party, Sweden Democrats, and right-wing policies in Sweden (Kamali, 2008, 2015). The party which entered the Swedish parliament 2010 with a support under ten percent, has become the third – and in some polls the second – largest party in the country by a support of almost 20 percent of electorates. In the new political landscape, the Social Democratic party, which has traditionally been known to be a welfare party, is today a neoliberal party and has been responsible for many neoliberal reforms in the country.

Neoliberal reforms in the labour market, housing and the educational system have ignored the deteriorating of the living conditions of marginalised groups in society. A growing group of youths are unable to pass primary schools (Skolverket, 2019) at a time when job insecurity and the number of low-income people increased (Wingborg, 2019; SCB, 2019). This has led to insecurity in the housing market through growing temporary rental contracts, overcrowding and homelessness (Listerborn, 2018; Samzelius, 2020). Such phenomena can be observed almost in all countries which undergone neoliberalisation (Ferguson, Ioakimidis & Lavalette, 2018).

The changes in the organisation and the leadership of the welfare system have made it much difficult for the neediest to become entitled to welfare support. Preventive and outreach services, which have been a central and natural component of the governmental and municipal social work, have been devaluated and excluded from social work plannings and interventions (Jönsson, 2015, 2019). A recent governmental report called ‘Sustainable social services – A new social service law’ (*Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag*) admits such changes and suggests a change of current perspective and the development of preventive social services, which should help to develop preventive social work in order to reduce the need of individual interventions (SOU 2020:47). However, given the current political consensus on neoliberal policies shared by almost

all political parties, it is very unlikely that such suggestions will be included in Swedish social policy and services.

In addition, neoliberalism as a global socioeconomic and political order undermines and reduces the sovereignty of nation states and has transformed them to be a local representative of the global market. This makes the nation state an organisation of social control and surveillance of its citizens in general, and of those who are assumed to be a threat to the global neoliberal market, in particular (Finch et al, 2020). The weakening of the welfare state and the nation state's incapability to counteract the destructive power and consequences of the global neoliberalism make the surveillance policies and social control an integrated part of neoliberal governance (Kamali & Jönsson, 2018). Consequently, social problems are presented as individual problems, which either have to do with individuals' cultures or their mental problems (Eliassi, 2015; Jönsson, 2013; Östman, 2019). This is a way for the neoliberal state to evade and preserve the socioeconomic and political structures which create social problems.

Neoliberalisation of Swedish society, which entailed weakening of the welfare state and the support system for vulnerable groups and individuals, has also changed the solidarity role and function of social workers. This has created role-conflict and several dilemmas for many social workers who still consider themselves belonging to a profession which promote welfare and well-being of those in need of social work intervention. Several studies show that neoliberalisation of municipal social work, which has led to the growing power and influence of chiefs and administrators within the organisation, has reduced possibilities for social workers to be critical and capable of collective mobilisation at their workplaces (Astvik, Melin & Allvin 2014; Jönsson 2019; Lauri 2019).

In order to understand the role of neoliberalisation for the profession of social work in Sweden one has to understand that social services in Sweden is embedded in the overall political governance of society. In other words, the organisation of social work is the responsibility of the central government and municipal authorities. Social work is divided in structural and individual social work. The structural social work is the responsibility of the municipal social welfare board (*Socialnämnden*), which has the responsibility of social planning and prevention of social problems. The members of the board are representatives of political parties and has the main responsibility for the welfare planning in each municipality. Individual social work – which is divided into individual care, child and family care and elderly care – is the responsibility of municipal social workers who are working in different social service offices. This means that social service offices and social workers should provide service to individuals and families with social problems, elderly and disabled. Such services are mainly based on the principle of voluntariness.

However, municipal social workers have legal authority to take coercive measures against individuals who put themselves, their health or/and their children's health in danger. Such coercive measures are regulated in two legal frames: 'The Law of Care of Children and Youths' (*Lagen om vård av barn och unga, LVU*) and 'The Law of the Care of Addicted' (*Lagen om vård av missbrukare, LVM*). Such laws authorise social workers to cooperate with other authorities and organisations, such as polis, psychiatry and schools.

Although a major part of the municipal budget for care of individuals and families is dedicated to the care of elderly, the recent decades neoliberalisation of the Swedish welfare system has affected and deteriorated even elderly care. Outsourcing and privatisation of many parts of the municipal elderly care have devastating consequences for elderly. This became known during the

Covid-19 pandemic when many elderly became infected by the Covid virus and died because of poor protection measures from the part of private care companies providing elderly care. Even the weakening and neoliberalised municipal care system has not shown better record in this concern.

Covid-pandemic and the collapse of the welfare state

Covid-pandemic has revealed the consequences of the increasing socioeconomic gaps and marginalisation in Sweden. Recent reports show that the poor, marginalised and racialised groups are overrepresented among victims of the pandemic (Delmi, 2021). Although the Swedish political elite tries to present ‘the Swedish strategy’ (for dealing with the pandemic) as a democratic alternative that would help individuals’ freedom and self-determination, the reality has shown quite the opposite. The fact is that ‘the Swedish strategy’ is a market-oriented and market-adjusted strategy aim at supporting the market and encourage people to live their ‘normal’ life, i.e., work and consume as usual even if this put their health and lives in danger. In other words, the best and the health of the market goes before the best and the health of people (Axelsson, Callerstig, Sandström & Strid, 2021). Despite many advises from independent medical experts who considered ‘the Swedish strategy’ as a danger for people’s health, the government decided to follow the recommendations from its own medical experts at The Public Health Authority (*Folkhälsomyndigheten*) in order to protect the market. The Swedish Covid-strategy has resulted in the death of 20 221 people in Sweden up to September 2022.

Despite the failure of ‘the Swedish strategy’, the governmental epidemiologist at The Public Health Authority, Anders Tegnell, put the blame for the death of many marginalised and racialised groups in Covid-19 pandemic on increasing migration and the migrants’ inability to follow the Public Health Authority’s recommendations (see Bergmann, 2020, among others. Many independent medical experts rejected such a claim from The Public Health Authority and the government and accused the government of being passive and not taking its responsibility for people’s well-being and for misleading the public opinion (SOU 2021:89 Volume 1 and 2).

It should be said however that it was not only poor, marginalised and racialised groups who have been harmed by ‘the Swedish strategy’ and the Covid-pandemic, but also the older people in general. As discussed earlier, the neoliberal reforms of the welfare state and privatisation of the elderly care were the main reasons behind the death of many elderly. Private actors in the market-oriented elderly care have been incapable to put human lives and health before profits. Socioeconomic reasons behind the overrepresentation of the poor, elderly and marginalised groups among the victims of the pandemic are the direct result of neoliberalisation of the Swedish welfare state. Social services, the educational system, health care, elderly care, childcare and many other parts of the Swedish welfare state have privatised and transformed to the market actors who have colonised one of the worlds most developed welfare states (Andersson & Kvist, 2015; Lapidus, 2015).

Governmental driven neoliberalisation forces social workers to leave their values and work ethics, such as promoting social justice and human rights, which includes even structural and institutional perspectives (Jönsson, 2019). The fear of being punished if protesting against neoliberalisation of social work has probably been the main reason behind social workers’ and social work unions’ silence (see Kamali, 2021). In addition, as mentioned earlier, the increasing socioeconomic gaps and marginalisation of many groups in general and individuals and families with immigrant backgrounds in particular have led to the growing electoral support for populist, nationalist and racist parties, which are cooperating with neoliberal established parties (Kamali,

2008). This has led to an unusual ‘culture of silence’ in the public debate where socioeconomic gaps and poverty are often considered almost ‘natural’ and a result of individual choices (Kamali, 2021).

Neoliberalism has increased socioeconomic gaps and generated welfare nationalism that not only has resulted in growing support for populist, nationalist and racist parties and groups, but also has influenced the education, research and practices of social work. The reduction in funding the welfare system has reinforced welfare nationalism through which migration and individuals with immigrant background are presented as a burden for the welfare state (Kamali, 2015; Kamali & Jönsson, 2018). The electoral success of racist parties and the neoliberal consensus among mainstream parties have limited social work practices to individualised, isolated, formalised and apolitical activities without any concern for structural and institutional mechanisms behind marginalisation, inequality and oppression (Jönsson & Kojan, 2017).

As mentioned earlier, it is not unusual for government to frame and present marginalised groups’ social problems as either imported from abroad or as a result of individual choices. Mainstream political parties do not provide any room for a debate on the role of structural mechanisms for the presence of social problems. Even the traditional social democratic discussions on the role of structural mechanism for social problem has been excluded from the current social policy debate and regulations. This has turned social workers to be the implementors of governmental recommendations and policies. Such a change in the role of social workers is one of the most important threats to the profession of social work that can undermine the solidarity role of social workers and their actions for promoting of all human beings’ equality, dignity and human rights. Based on the neoliberal transformation of the Swedish welfare state and social policy, it will be of great importance for social work to study how the pandemic has influenced social work with people in need of support and help.

Method

The study was conducted in a medium-sized Swedish city with a population of 166,000 and is based on interviews with social workers working in different areas of social work regulated by the Social Services Act (SoL). Our approach has been to examine the practices of social work with people in a marginalised area where inhabitants have been highly targeted by the Covid-19 pandemic and its consequences. The choice of municipality is based on its representativeness for many medium-sized Swedish cities with differentiated populations.

Data collection started at the beginning of 2021 by contacting social workers working in different sections of municipal social services. Interviews were conducted between January and March of the same year. Nine social workers participated in the study. Due to the pandemic restrictions, the interviews were conducted digitally by a research assistant, were recorded and took between 35 and 60 minutes. All interviews were transcribed verbatim. The table below shows in which area of municipal social work the interviewees work and how the types of activities are coded in the presentation of the results:

Table 1. Interviewees' areas of activities and coding

Professional title	Municipal section	Code (SW=Social Worker)
Social worker	Individual and family section	SW1
Social chancellor	Homelessness / housing support	SW2
Group chairman	Homelessness / housing support	SW3
Social assistance worker	Elderly care	SW4
Social worker	Social assistance for adults	SW5
Social worker	Social allowance for youths	SW6
Unit manager	Residential care for elderly	SW7
Unit manager	Residential care for disabled	SW8
Social assistance worker	The care of disabled	SW9

The questions of the interviews were formulated within the framework of several researchers' joint involvement in IASSW, in an international project, where the focus is on how social workers have been affected by, and handled, the Covid-19 pandemic. The questions have been about the social workers' initial awareness of the pandemic, the understanding of its scope and the risk of the pandemic for marginalised groups. The questions have concerned even the measures taken (or not taken) by the authorities to protect people in need of support and help, experiences and lessons learned from the pandemic and if and how social workers have learned from their experiences of working with the pandemic.

We have jointly analysed the interview material based on both a vertical (order of questions) and horizontal approach where we especially distinguish different aspects of what is common, deviant, new and related to a reasonable conceptual framework to understand social workers' answers and descriptions of the pandemic. It is important to mention that the organisational frameworks and context are different for the participants in this study depending on if they are working with elderly care, social work with families, childcare or social work with youths. The organisational context and the target group influence which type of help and support are provided and in which ways. That is why it is somehow problematic to compare social work

in different municipal section with each other. Prior to the implementation of the study (in December 2020), ethical issues were discussed jointly and collegially at the Department of Social Work, Örebro University (where both of the authors are working). The Research Collegium at Örebro University, Sweden examined the research design and judged that the study did not violate the ethical principles concerning the protection of vulnerable people, as the interviewees are professionals, and the issues cannot be considered to be of a sensitive nature.

Awareness of the seriousness of the pandemic

The interviewed social workers describe that the awareness of and knowledge about the spread of covid-19 was something that started in February 2020 – relatively long after the outbreak of the pandemic. To begin with, the interviewees had only a vague picture of the disease and its spread among people. It was believed that the pandemic was something that has happened ‘somewhere else’. The information that the social workers received came mainly from TV news, newspapers and social media. Some of the interviewees express that the understanding of covid-19 was primarily based on the messages that came from the Swedish Public Health Agency (Folkhälsomyndigheten), which meant that the risk of the spreading of the virus in Swedish society was low. In addition, when it became known that a new virus (Covid-19) was breaking out in some Asian countries, the Minister of Social Affairs and also the Public Health Agency claimed that Sweden's preparedness was good. As SW4 describes:

It was something in February, as far as I know, through TV, when it was said that it was in Wuhan and an infection physician said that it will not come to us in the North. Vi do not need, Europa does not need, to be concerned about this.

The role of Swedish government and the Public Health Agency in the spreading of the pandemic in Sweden should be seen in relation to the degree of the public trust in authorities. Despite the destruction of the Swedish welfare state, the trust in the authorities is high (Prado, 2018) and initially increased between 24 February and 10 March 2020 (Esaiasson, Sohlberg, Gheretti & Johansson 2021). The understanding of how serious Covid-19 really was and that the spread of the virus was actually substantial, was something that increased during March and April. At that time, the testing capacity was not very developed in Sweden. Only the very sickest who were eligible for hospitalisation or people working within organisations with important security, socioeconomic or political functions were tested. In mid-March, the Swedish Public Health Agency decided to no longer trace infections because it was judged that the general spread was so great and that there was no capacity to use the scarce resources in tracing the infection. It can be said that the Swedish authorities followed and recommended the principles of Laissez-fair, contrary to the World Health Organization's (WHO) recommendations that emphasized the importance of testing and tracing the infection (Svensson & Rodriguez, 2021). This is something that the Corona Commission (SOU 2021: 89 Volumes 1 and 2) identified as a violation of the Swedish Contaminating Diseases Act, which states that in the case of socially dangerous diseases, testing and infection tracing must be carried out. Instead, recommendations followed the principle of voluntariness, i.e., the responsibility of testing and counteracting the disease was put on citizens and individuals.

Social workers participating in this study say, however, that they realised the gravity and dangers of the disease and that it was a strain situation in their workplaces in March. Many were at sick-leave and especially older colleagues were away from their jobs for a longer time. As SW3 says:

But in March, we noticed the seriousness of the disease personally; we had a period, yes the entire group, in fact, from one day to the other became sick...I believe that I was sick and at home for nine days with sore throat and so. But the older colleagues, they stayed at home very long time, it was from 6 to 8 weeks and then I understood that, yes this is something that influences us.

SW2 adds that:

I believe that it was in the middle, end of March when we started to realise that oh, when one heard that somebody went home, two others did, and then I became sick, and then the next and the next one. It was then that we like 'but God what is this' and then started to listen to the news all the time when one was at home; it was like at that time that one realised the seriousness in this, that it was not only in Wuhan all this, but that it was even here.

Other social workers realised the gravity of Covid-19 pandemic by listening to the news that people die because of the pandemic and that the figures of the deaths increased. In particular, some interviewees mention the news from Italy, which was hit hard by the pandemic and the number of deaths increased dramatically at that time. The daily press conferences that took place on 4 March, with the participation of Public Health Agency and other national authorities and the Minister of Social Affairs, also emphasized the seriousness of the situation. And when the government on March 11 decided to remove the qualifying day (karensdag) for being entitled to sickness benefits, aimed at reducing the spread of the disease, it showed how critical the situation was, according to an interviewee. She (SA5) says that: 'In one of those daily press conferences they said that the qualifying day was removed, and it was then that I realised that it [the disease] was serious'. Such a positive decision, i.e., removing the qualifying day for employees, should however be seen in the light of its temporality, i.e., that it will be re-established when the pandemic is over. The implementation of 'qualifying day' was a neoliberal reform which deteriorated the economic situation for employees when they became sick. Between 1987-1992 there was no qualifying day for sickness (Edebalk, 2007), but it returned through neoliberal reforms of the welfare and social insurance systems.

Social workers mean that despite such reforms, they have to continue their work with marginalised and vulnerable individuals and groups. A group chairman (SW3) at a sheltered housing puts it in this way:

But at the same time, we have to continue our work with those who we have responsibility for, the work with these vulnerable individuals should continue irrespective of pandemic or not. They have an active addiction and psychic illness and so, and if we do not work with them, they can in fact die of this reason.

When interviewed social workers realised that the spreading of the pandemic was a reality, the question was how to handle the situation and include it in their daily work. This will be discussed in the next part of the paper.

Dealing with the situation

Something that mentions of all interviewees concerns the recommendations which were directed to changing individual action routines, such as washing hands, using disinfecting liquids, keep distance to each other at the workplace and at lunches and resting times and working from

home, especially with any symptom related to the disease. They add that new routines have been introduced, such as digital meetings, through Skype and Teams. They explain how they organized meetings with their clients in need of support and help. A social worker (SW1) says:

And vi had even observable notes in our meeting room about Corona and how you protect yourself and what you should be attentive to, and we wrote in our letters to the clients that they had to call us if they have any symptom related to the virus. We started to have more telephone-meetings. It was clear that you should stay home if you had any symptom of the disease. Later, as time passed, we have obtained more protective equipment which we needed. We work occasionally at home in accordance with a schedule, we have many more telephone calls.

The same interviewee also expresses that they worked according to the principle of keeping a physical distance because the first and the final meetings with families and children in need of support have to take place physically. However, all communication with children take place in the form of physical meetings and it was especially the parent contact that was carried out by telephone.

However, it is neither possible nor appropriated to work by telephone when working with marginalised and vulnerable people. Early in the pandemic, older people, over the age of 70, were pointed out as the most vulnerable to being exposed to the virus because they risked severe illness with fatal outcome. The elderly care – both when care is provided in their homes or at the nursing homes – is provided in physical close contact with the elderly. During the spring of 2020, there was a great shortage of protective material in Sweden. There were no central warehouses of protective material either in health care centres, in the counties or the municipalities due to the fact that Sweden is today organised on the basis of the neoliberal organisational principle of "just-in-time" (Granberg, Rönnblom, Paden, Tangnäs & Öjehag, 2021). In other words, there is a neoliberal believe that facilities and necessary material should not be in warehouses longer than for short-term needs.

Consequently, Covid19 entered and spread in nursing homes and in the spring of 2020, half of the elderly who died in the infection lived in nursing homes and a quarter of the victims had municipal home-care service (National Board of Health and Welfare, 2020). A social worker working with need-assessment for elderly who deals with applications for care interventions and follow-up of the cases, says that she stopped making home visits to the elderly and all contacts took place over the phone. According to the social worker, carrying out telephone calls instead of physical meetings is not always an unproblematic solution as some older people may have hearing loss and may also have memory problems. Besides, telephone meetings disturb the interaction between the elderly and the social worker, and it can be difficult to determine whether the elderly have understood what has been said or not. But even older people with home care services changed their behaviour and because of fear of becoming infected, refused home visits from care staff. As social worker SW4 puts it:

It [the pandemic] really influenced [clients]; partly because they do not dare to ask for help, many rejected any help from us, they did not want to have any help, they did not want to let anybody in [their home]. They simply were afraid of being infected by the virus and tried somehow to manage their lives, hobble forward or solve their problems in another way or not at all, just try to hold on.

A unit manager at a nursing home for elderly describes how she by the support from the management group and the head of administration managed to handle the lack of protective equipment. Despite the higher costs, they succeeded to obtain necessary protective equipment for the staff and stop relatives to visit elderly at the nursing home. SW7 says:

We implemented curfew a few weeks before the decision by the government. We decided and implemented it. It was about March 12th, two weeks before the governmental decreed the decision, and informed the relatives. They [the relatives] were satisfied and believed that it was good that we were serious in this matter. And later we implemented video-solutions and plex glass, it became better and better. And later when we removed restrictions, we tried to make visits safe by implementing social distancing and providing protective equipment to the relatives.

The mentioned nursing home for elderly was among the few ones which could manage the situation and protect elderly. During the spring of 2020, they had just two cases of Corona infection who had no symptoms. The unit manger also describes that in spring 2020, the information and recommendations from the government, central responsible organisations and the county had been changing all the time. This has led to insecurity and confusion among the nursing home personnel. That is why the unite manager decided to sort out the information to the employees so that they could work undisturbed.

There are spheres where distance working with marginalised and vulnerable individuals in need of help and support is not possible, such as sheltered housing for homeless people and insulted women. As a social worker who is group chairman for a sheltered house explains, they cannot distance work with people with heavy addiction and homeless who need urgent contact and support. They have to be in place and provide housing for such vulnerable individuals. They manged to provide an especial apartment to the homeless individuals with Corona symptom so that they had somewhere to live. The group chairman SW3 explains:

We have three apartments in our disposal and very early decided to make one of them to corona-apartment, as we called it. This was because if a woman knocked on the door and said that she had corona-symptom and asked for help and support, we would be able to provide her a place to liv. We gave her a place in that apartment.

Individuals with addiction problem have been highly influenced by the Corona pandemic and the related isolation. A curator who works at a sheltered house (SW2) says:

They are several of them who became sick and had more anxiety, drank more, and used more drugs because they became more alone. It is also the fact that if people had symptom, they had to isolate themselves in their apartments, but it is not possible for these individuals, they must come out and find drugs otherwise they can be harmed by very difficult abstinence and die.

The pandemic has had even more serious consequences for children and families who needed social work interventions and support. They have been isolated at home, the places which organised social activities for children were closed and even schools were closed, and the education was provided at distance. As a social worker who work at the family and children section of municipal social services (SW1) argues:

Many of those we meet are very isolated families who like become more isolated in such a situation, they have like limited contacts, one perhaps stays at home in a higher

degree. In addition, many of them live in overcrowded apartments, which means that they are most of the time at home and this leads to further psychological problems and dysfunctional family-systems became even more dysfunctional. And I think that many of the free of charge activities and leisure activities have been closed, there are less places for children. I have talked to many youths who experience the education at distance as very problematic because they have to be at home with many children, they become disturbed and cannot receive proper help that they could receive from a teacher.

Another social worker, who primarily works with young people with mental illness, describes that he started booking large rooms so that it was possible to keep physical distance at meetings. She (SW6) means that: *'I work with youths who already before the Corona pandemic were isolated and therefore, we had to act in a way to break their social isolation'*. According to the above-mentioned social worker, one way of doing that was to find a way and new places for meetings, i.e., to meeting the youths outside and take a walk. She (SW6) says:

Vi chose a place which could be in close connection to the client's house and take a walk and have proper distance and talk. May be go somewhere and sit down on a bench or, ye, I have realised that it was very appreciated because, I believe, it is, like, it has to do with the power relations, which otherwise [the clients] experience at the authority-milieu here in the social service office. It disappears like when two persons meet and talk and it became much more relaxed, I believe; and the clients have also said that, like, this was very good, can we meet in this way all the time.

The quotation above addresses the consciousness about the asymmetric power relation between social worker and people in need of support – in this case youths – and the role of the room and the place for the exercise of the unequal power relation (Foucault, 2018) and also the alternative places where the power relations become more equal.

When it comes to people with disabilities, who have support according to the Act on Support and Service for Certain People with Disabilities (LSS, in Swedish) and the Social Services Act (SoL, in Swedish) and who are often susceptible to infection, the organisations which work with these people have to reorganise their activities. Several of the people living in nursing homes became worried about the media reporting on the spread of infection, so, describes a group chairman (SW8) for one of these homes, how she decided to protect them from such harming news:

They have been highly influenced by this [the news]. At the beginning it was very much about the pandemic and Corona-talk on TV news. The personnel had to listen to such news of course, but it went too long, the clients felt sick of this, so that we decided to create a new routine, to switch off the TV-news. If the personnel wanted to listen [to the news] they could do that at home.

In the organisation where the assessment of the support to disabled took place, they closed the waiting-room, and the possibilities of drop-in physical meetings became very limited and only telephone-meetings were allowed. When the personnel assessed the telephone-meeting as not suitable, they booked large rooms so that social distancing could be respected. They have even changed the routines for shopping of food and other necessary commodities for the clients – that often was done together with the clients. This is described by a social worker (SW9):

But we could not go to shops...but we got together, let say that we had x-number of people living in a nursing home, then we took x-number of wallets, x-number notes and

two persons took the car and made the shopping for them. We drove then to the shop that we knew was open until twelve; we drove to that shop and did the shopping at ten, twelve in the evening because there were no people there at that time. Partly for not spreading the infection but also for protecting ourselves. We changed the routine by which the clients would participate in shopping and created own routine for that.

In summary, it can be said that the interviewed social workers have had different ways of dealing with and handling the Covid-19 pandemic in order to reduce the destructive consequences of the pandemic. This is sometimes called a kind of practice-based innovation (Ellström, 2010). Such innovations have had different aspects, such as the routines for protecting themselves from being affected by the virus, the way they interacted with other personnel and colleagues and finally the way the meetings with the clients in need of support had to be organised. However, the interviewees mention that such measures varied between different organisations, social work activities, the type of clients social workers worked with and the position the social workers had within various organisations.

Conditions and possibilities for rapid adjustment

The empirical material shows that social work could be practiced and adjusted to the new situation created by the pandemic. It also shows that social workers needed to use their creative capacity in order to practice their work as satisfactory as possible for everybody, i.e., for both the colleagues and for those who needed social work interventions. The majority of the interviewees say that they had support from the leadership of the organisation and that the leadership was responsive to their demands. Social worker SW9 says:

I thought that the leadership was very solution-oriented and provided us the possibility to work at home every other day according to a schedule and supported other measures that we had decided. We felt that we could be proud over our section, and we felt that they [the leadership] reacted very fast.

Listening to the social workers who worked directly with the clients is considered by social workers to be a very important reason that helped them to reduce the spreading of the virus at workplaces. Social worker (SW1) argues:

Our chief listened to us and presented our suggestions to the leadership [of the organisation] and we could discuss different solutions...we have had many ideas about what to do to reduce the spreading of the virus, which I believe helped to improve the situation very much.

In addition, the pandemic helped to find different solutions to a complex working situation. For example, the digital solutions started to be used and developed. As social worker SA7 says: 'We have of course improved our digital knowledge, which has helped to become more time-effective'. Another social worker (SW1) argues that:

It feels that many changes have been positive, for example we have developed a digitalisation which otherwise could take like several years to implement, and it happened in one year; yeh, like working at home too, it was on the table several times in the past, but it was problematised very much.

In this respect, the above-mentioned social workers also believe that telephone meetings or digital meetings can be beneficial in their work with families, since many of the families are under

investigation, which in itself can mean enormous stress. If the parents, for example, can avoid taking time off from work for a meeting, it could help both them and social workers. However, the picture is not so clear when it comes to digital meetings or telephone meetings. As social worker SW3 says:

I understand that some say that it [digital meetings] have made our work more time-effective, yes it can have happened, but I even see that we have lost time-effectivity when we have not physical meetings because of many things which happens before a meeting, after a meeting which makes another meeting necessary.

A few of the interviewees, who have leading positions in the organisation, mention that the pandemic has clearly showed the role of an effective and supporting leadership for creating the necessary conditions for social workers to exercise their work and helping people in need of help and support. The unit manager SW7 illustrates this:

In our organisation, it has been almost 150 employees who have been involved in this Covid-year, work-therapists, nurses and so on. This makes checking of working schedule more necessary, something that I think that I have forgotten earlier in my role as a leader. But here this [supervision] have been decisive...for example, if I make a working schedule, I also control the implementation of that. And, I have had all kind of working categories ... which thought that they became stressed and reacted very differently. You have to work with collegiality and the health of the personnel so that they can provide a secure care.

The unit manager SW8 adds:

It is obvious that we have to follow the routines that we have today, but we must like give up many things and find new ways. To be a bit prepared for [new] things and then the importance of seeing each other and taking care of each other.

Something that is specifically mentioned by these unit managers is the importance of sorting out among the external and often conflicting information that comes about new routines, approaches, and recommendations on how to handle the pandemic, to prioritize and provide information (which is screened) to employees at the end of the day.

Lessons for the future crises

The interviewees in this study have discussed how they have dealt with the pandemic. Their experiences of handling the pandemic can be used in dealing with the future crises which will surely come. Among these experiences are the insight into the necessity of working flexible and that despite a severe bureaucracy, there are good possibilities of dealing with rapid changing conditions of work in a serious situation. This is how a social worker (SW6) explains this important insight and experience:

Being flexible and open to trying out new approaches and methods at work was important. Previously, I could think that it was a bit difficult with changes in our practices and the organisation.... but after working in a time when so much is uncertain, my attitude has probably changed. I feel that there is a lot that is changing now which has not to do with those changes related to Corona. And I think that there are also better conditions if something similar [to Covid-pandemic] happens in the future, such as, like I know a little how I can behave and also more what is expected of me in a crisis like

this. I think that if it is the case, that this would happen again, both I and the organisation in general will react faster and, yes, do our work in a more efficient way.

Another interviewee (SW5) puts it in this way:

So, we who are working in social services are used to it. We are politically controlled and therefore are very used to dealing with rapid changes. And at the same time, this [the pandemic] also came in a time when we introduced a new way of working in our organisation. So, it came in a time when there was a lot of things happening here at the same time and that you were not allowed to meet the clients. But as I said, my experience is that we are incredibly good at adjusting. But deal with similar situations in the future, yes, the fact is that we know what can happen and that we need to quickly, like, take action and work in a different way.

It seems that social workers believe that the pandemic made them stronger in dealing with crisis and rapid changes. Here are a few illustrations of what social workers interviewed in this study say in this concern:

The pandemic made us more aware of the fact that we need each other and like we need intimacy, or what to say, to see and to be allowed to talk to each other. And that is probably what one notices, like, in the dialogue with those we are working with, because they are also incredibly lonely and then you have a kind of humility for what needs we really have (SW4)

To be able to handle the uncertainty in some way and to be able to deal with and meet our citizens even though you may not always have known exactly what the next step should be because of the uncertainty about how we should work in the pandemic. (SW9)

Many have a social isolation, the little bubble you are in, the value of the family, the relationships have been taken care of in a different way compared to when it goes in 180 [very fast]. It has made us closer to work together and help So, that with collaborating and crossing borders, I have also gone more into that. (SW7)

What helps you as a social worker is that you notice that everyone is helping no matter what it is. That if we have contact with healthcare or if we have contact with those who deliver food, whatever it is, I think you have an understanding for each other and that you manage to work together, and I also think that you will grow up. (SW2)

Since plans can be changed quickly based on new guidelines for example and cancelled due to someone who has symptoms, I think, has been a big challenge for me because otherwise I have usually too high expectations and plan too far ahead. So that it is something that I absolutely feel that I have received training in. So, in those concerns, I think I have grown as a person and as a social worker. (SW6)

I have grown a lot in my leadership, I think, the confidence of being able to handle a crisis that no one could imagine that it would happen in this way. Incredibly happy and grateful that it turned out as well as it did. I would probably say that I have grown in my confidence and in my leadership. (SW8)

The quotes above indicate, as previously mentioned, that those who worked with marginalised and vulnerable people during the pandemic have found different ways to carry out their works through cooperation and collaboration across organisational boundaries, working in

great uncertainty and the insight into the pandemic's role for the isolation of vulnerable groups. Some of the interviewees express in particular the insight in, and the importance of, direct interaction and cooperation with other people as something that has been developing and strengthening them.

Summary and discussion

This study, which is based on social workers' experiences of the pandemic, has tried to examine how social workers' interventions with those in need of help and support from social services have been influenced by Covid-19 pandemic. In this part the results of the study will be discussed.

The study shows that social workers, group chairmen and unit managers developed some common actions in relation to the pandemic. When The Public Health Authority's daily press conferences about the pandemic began and mortality increased, the awareness of the seriousness of the pandemic and the need for rapid actions at social service offices, in nursing homes, at the leadership level of various organisations and among social workers also increased. This has, among other measures, led to a rapid transition to technical solutions. Another result of the study is that participants in this study have learned much from the pandemic and the ways to handle possible future crises. They believe that they have grown in their professional role. However, there is one area of social work that 'stands out' and that is elderly care. It is especially worth mentioning here that this has to do with the high rate of mortality and infection in many nursing homes for elderly. As the results show, the lack of protective measures for elderly has led to high level of infection and mortality among elderly who were living at nursing homes.

The neoliberal reforms, including privatisation of elderly care and the engagement of many uncontrolled private companies in elderly care, are the most important reasons behind the high level of mortality among elderly in Sweden. That is why many elderly who were in need of support from the municipalities and caring companies refused to receive help and support due to the fear of infection. This aspect of this study is also supported by The Corona Commission's report (SoU 2020: 80), which has strongly criticised the lack of preparedness when it comes to protecting particularly vulnerable groups (we will further discuss this in the next section). What is new is that even though there were technical and supportive structures for digital solutions before the pandemic, but the pandemic has led to the acceleration of technical solutions. This helped social workers to use the opportunity and push for further digitalisation. The followings are some reflections over the relation between neoliberalisation of the welfare state and social care and the destructive consequences of the pandemic:

The lack of preparedness and proactivity as a result of a collapsing welfare state

Something that can be stated from the interview material is that there was no preparedness, neither at national or local level (testing, infection tracking, protective equipment), despite initial signals and propaganda to the contrary from both the government and the Public Health Agency (SOU 2020: 80; 2021: 89 Volume 1 & 2; *Läkartidningen* 2020-02-25). This may be considered as remarkable in a country that is known for its proactive social engineering and planning, including the existence of a universal public health system, a general social insurance system and the general access to services for vulnerable groups in need of help and support (see e.g. Esping-Andersen, 1990; Lapidus, 2015). However, the Covid-19 pandemic unveiled the problems with an evading and collapsing welfare state. The Covid pandemic revealed the structural and institutional

shortcomings created by the neoliberalisation of Swedish society in general and of the health care system and social services in particular. The strong Swedish welfare state is nowadays more of an imagination than a reality as a result of the neoliberalisation of the country since it has gradually undergone major changes during the last decades. It has been a paradoxical situation where both trust in national authorities has been high among a large part of the population at the same time as many marginalised and vulnerable groups have been the victims to the pandemic. As the results of the study show, the trust in national authorities, such as the government and the Public Health Authority, was high among the participants in this study. They have initially trusted the information that came from authorities, but over time social workers and social work organisations had to find their own solutions to be able to carry out social work with marginalised and vulnerable people. In some cases, such as the care system of nursing homes, neither the budget frames nor the central recommendations (for instance that bearing masks were not necessary) were followed by the personnel and the leadership of the organisation. They created their own routines in order to being able to protect both the personnel and the elderly from the infection.

Individualisation and reorganisation

Another result of the study is that once the pandemic increased, the Public Health Authority started to provide some recommendations to counteract the pandemic. However, such recommendations were mainly focused on individual behaviours. The recommendations were formed in accordance with, and were an expression of, the principles of the neoliberal welfare state by which the individuals are taken responsible for their own well-beings by avoiding risks (see Beck & Beck-Gernsheim, 2001; Beck 2018). The action strategies in the organisations participated in this study were thus divided into three parts: first for the individual to protect herself, then for the working group to protect themselves and finally for the organisation in order to make it able to carry out social work with people in need of support and help. However, the results show that the ability to change the organisation of social work has led to changing attitudes towards the concept of place and space and to digitalisation, that helped to the development of new routines and working methods (see, for example, Ellström, 2010).

However, and despite positive and inventive initiatives from social workers who work with marginalised and the most vulnerable groups, the opportunities for them to meet the growing need for social services are limited. Above all, structural efforts are needed to strengthen the welfare state and halt the market adaptation of health care and social services in order to counteract various (neoliberal) crises and pandemic.

Acknowledgements

Much appreciation is owed to our academic social work colleague Amanda Nyberg, for collecting the interviews in this study. Many thanks to the social work practioners in Sweden for participating in the study and for their generosity in sharing their experiences and reflections with us.

REFERENCES

Andersson, Katarina & Kvist, Elin (2015) The neoliberal turn and the marketization of care: The transformation of eldercare in Sweden. *European Journal of Woman's Studies*, Vol 22(3), 274–287.

Astvik, Wanja; Melin, Marika & Allvin, Michael (2014) Survival strategies in social work: A study of how coping strategies affect service quality, professionalism, and employee health. *Nordic Social Work Research*, 4(1), 52-66.

Axelsson, Tobias K.; Callerstig, Anne-Charlott; Sandström, Lina & Strid, Sofia (2021) RESISTIRE D4.1 Qualitative indications of inequalities produced by COVID-19 and its policy responses. 1st cycle summary report. Örebro universitet. ZENODO. <https://www.forskning.se/2021/11/08/politik-mot-corona-drabbar-kvinnorna/>

Beck, Ulrich (1998). Vad innebär globaliseringen? Missuppfattningar och möjliga politiska svar. Göteborg: Daidalos.

Beck, Ulrich (2018) Risksamhället. Göteborg. Bokförlaget Daidalos.

Beck, Ulrich & Beck-Gernshim, Elisabeth (2001) Individualization - Institutionalized individualism and its social and political consequences. UK. Sage Publications Inc.

Bergmann, Sigurd (2020) Viruspolitik i en totalitär demokratur. Dagens arena. <https://www.dagensarena.se/essa/viruspolitik-en-totalitar-demokratur/>

Delmi (2020) Miljonprogram, Migranter och utsatthet för Covid-19. Retrieved from: <https://www.delmi.se/delmi-podden/avsnitt-1-ojamlik-overdodlighet-av-covid-19/>

Edebalk, Per-Gunnar (2007) Sjukförsäkring och sjuklön. Om statliga beslut och arbetsmarknadens organisationer. *Historisk tidskrift*, 127:1, 45–69.

Eliassi, Barzoo (2015) Constructing cultural otherness within the Swedish welfare state: The cases of social workers in Sweden. *Qualitative Social Work*, 14(4), 554–571.

Ellström, Per-Erik (2010) Practice-based innovation: a learning perspective. *Journal of Workplace Learning*, Vol 22(1/2), 27–40.

Esaiasson, Peter; Sohlberg, Jacob; Ghersetti, Marina & Johansson, Bengt (2021) How the coronavirus crisis affects citizen trust in others. Evidens from 'the Swedish experiment'. *European Journal of Political Research* 60, 748–760.

Esping-Andersen, Gösta (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton University Press.

Ferguson, Iain; Ioakimidis, Vasilios & Lavalette, Michael (2018) *Global social work in a political context: Radical perspectives*. Bristol: Policy Press.

Foucault, Michel (2018) Övervakning och straff – fängelsets födelse. (5:e uppl.) Lund. Arkiv förlag A/Z förlag.

Granberg, Mikael; Rönnblom, Malin; Padden, Michaela; Tangnäs, Johanna & Öjehag, Andreas (2021) Debate: Covid-19 and Sweden's exceptionalism—a spotlight on the cracks in the social fabric of a mature welfare state. *Public Money & Management*, Vol 41(3), 223–223.

http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2020/12/SOU_2020_80_Äldreomsorgen-under-pandemin_webb.pdf

https://www.regeringen.se/4aae77/contentassets/e1c4a1033b9042fe96c0b2a3f453ff1d/sv-erige-under-pandemin-volym-1_webb-1.pdf

https://www.regeringen.se/4aae80/contentassets/e1c4a1033b9042fe96c0b2a3f453ff1d/sv/erige-under-pandemin-volym-2_webb-1.pdf

Jönsson, Jessica H. (2013) Social work beyond cultural otherisation. *Journal of Social Work Research*, 3(2), 159–167.

Jönsson, Jessica H. (2015). The contested field of social work in a retreating welfare state: the case of Sweden. *Critical and Radical Social Work*. 3(3), 357-374.

Jönsson, Jessica H. (2019) Servants of a ‘sinking Titanic’ or actors of change?: contested identities of social workers in Sweden, *European Journal of Social Work*, 22(2), 212-224.

Jönsson, Jessica H. & Heggem Kojan, Bente. (2017) Social justice beyond neoliberal welfare nationalism: Challenges of increasing immigration to Sweden and Norway. *Critical and radical social work*. 5 (3), 301–317.

Kamali, Masoud. (2008) *Racial Discrimination: Institutional Patterns and Politics*. London: Routledge.

Kamali, Masoud. (2015) *War, Violence and Social Justice: Theories for social work*. London: Routledge.

Kamali, Masoud. (2021) *Neoliberal Securitisation and Symbolic Violence: Silencing political, academic and societal resistance*. Cham: Palgrave Macmillan.

Kamali, Masoud. & Jönsson, Jessica. H. (2018) *Neoliberalism, Nordic Welfare States and Social Work: Current and future challenges*. London: Routledge.

Läkartidningen (2020) Bedömningen att beredskap mot covid-19 är god ifrågasätts. 2020-02-25 <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2020/02/bedomningen-att-beredskap-mot-covid-19-ar-god-ifragasatts-av-lakare/>

Lapidus, John (2015) *Social Democracy and the Swedish welfare model. Ideational analyses of attitudes toward competition, individualization, privatization*. Akademisk avhandling. Göteborgs universitet.

Lauri, Marcus (2019) “Mind your own business: technologies for governing social worker subjects. *European Journal of Social Work*, 22(2), 338-349.

Listerborn, Carina (2018) *Bostadsjämlighet. Röster om bostadsnöden*. Stockholm: Premiss.

OECD (2013) *Factbook: Economic, Environmental and Social Statistics*. Retrieved from: https://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-factbook-2013_factbook-2013-en

OECD (2016) *Factbook 2015-2016*. Retrieved from: https://www.oecd-ilibrary.org/economics/data/oecd-factbook-statistics/oecd-factbook-2015-2016_39c5fe79-en

Östman, Caroline. (2019) *Unaccompanied refugee minors and political responses in Sweden: Challenges for social work*. (Doctoral thesis). Östersund: Mid Sweden University.

Prado, Svante (2018) *Inkomstfördelning, tillit och välfärdsstaten: en historisk tillbakablick*. *Socialmedicinsk tidskrift* 3/2018.

Robertson, Roland. (1992). *Globalization: Social Theory and Global Culture*. London: Sage.

Samzelius, Tove. (2020). A vicious circle of silent exclusion: Family homelessness and poverty in Sweden from a single-mother perspective. Doktorsavhandling, Malmö universitet.

Skolverket (2019) *PM-Slutbetyg i grundskolan våren 2019*. Dnr: 5.1.1–2019:1342. Stockholm: Skolverket.

Socialstyrelsen (2020) Ny statistik om smittade och avlidna i covid-19 bland äldre. <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/ny-statistik-om-smittade-och-avlidna-i-covid-19-70-ar-och-aldre/>

SOU 2020:47 (2020) Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag. Stockholm: Fritzes.

SOU 2020:80 Äldreomsorgen under pandemin. Delbetänkande av Coronakommissionen.

SOU 2021:89 Sverige under pandemin. Sjukvård och folkhälsa. Volym 2.

SOU 2021:89 Sverige under pandemin. Smittspridning och smittskydd. Volym 1.

Svensson, Göran & Rodriguez, Rocio (2021) A Laissez-Faire Strategy Marked by Blinkers to Fulfill Established Pandemic Goals–The Case of Sweden. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, doi.org/10.3390/ijerph18189551

Tomlinson, John (1999). *Globalization and Culture*. Chicago: University of Chicago Press.

Wingborg, Mats (2019) Fler otrygga jobb och färre fackligt anslutna: Statistik och analyser för åren 2005–2018. Stockholm: Arena Idé.

Serviço Social

Durante a Pandemia:

Tomada de Consciência, Teoria e Prática

Resumo da pesquisa internacional:

Teoria e Prática do Serviço Social no Mundo em

Tempos de Pandemia

Argentina, Brasil, Itália, Espanha, Suécia

Projeto financiado pela IASSW-AIETS
Associação Internacional de Escolas de Serviço Social

Coordenadora: Alexandra Mustafa

Argentina - Diana Crisistelli, **Brasil** - Alexandra Mustafá, Salyanna de Souza Silva, Ramiro Marcos Dulcich Piccolo, Márcia Iara Costa da Silva Rego, Gisele Caroline Ribeiro Anselmo, Elizabeth da Silva Alcoforado; **Itália** - Lluís Francesc Peris Cancio, Maddalena Floriana Grassi, Maria Lorenzoni Stefani, Elena Spinelli; **Espanha**: Josefa Fernández Barrera e Belén Parra Ramajo, Miguel-Ángel Mateo-Pérez, María-Asunción Martínez-Román, Arantxa Rodríguez Berrio, Emma Sobremonte Mendicuti; **Suécia**: Jessica Jönsson, Maria Bennich (Universidade de Örebro).

ISTISSS - 2024

**Serviço Social na Pandemia: Tomada de
Consciência, Teoria e Prática:**

**IN THE ORIGINAL LANGUAGE
OF EACH COUNTRY**

ADVERTÊNCIA

É comum que seja dito e aceito, nos ambientes acadêmicos de todo o mundo, que as pesquisas sociais possuem uma sua validade restrita à época na qual foram realizadas e isso é algo muito positivo, enquanto os cientistas do social compreendem o seu labor como algo que deve insuflar novas investigações e ficam satisfeitos em perceberem que, a partir do que pesquisaram, novos investigadores avançaram no conhecimento daquele tema e até mesmo o superaram. Magistralmente, Franco Ferrarotti, insigne sociólogo italiano explicou isso com as seguintes palavras:

[Os cientistas] sabem que os seus resultados, por quanto brilhantes, terão vida relativamente breve. Sonham em ser superados e até esquecidos, porque sabem que a sua verdadeira, permanente vitória consiste em um progresso científico que lhes torne o mais rapidamente obsoletos, pequenos, às vezes mínimos degraus num desenvolvimento ao qual ninguém pode antecipadamente assinalar um termo final e insuperável.¹⁶⁸

Todavia é importante, para a tomada de consciência crítica, diante da produção de conhecimento, que os estudiosos se deem conta quando momentos inusitados se apresentam, emergindo repentinamente do subterrâneo da história, como também, que percebam na inusitabilidade dos fatos a caracterização especialíssima de certas abordagens que podem até marcar época: como epocal foi a pandemia.

Assim perguntas novas emergem com grande carga de sentido, como por exemplo: Em que sentido devemos dizer que a pandemia de Covid-19 foi um acontecimento epocal? O que ela nos obriga a corrigir nas nossas análises? Quanto de inédito foi a participação dos assistentes sociais no interior dela? E por fim: qual a excepcionalidade de uma pesquisa como esta que aqui apresentamos, em relação tanto à avaliação da perda de credibilidade que o sistema do mercado moralmente sofreu diante da pandemia (fazendo jogo indecente com as patentes de vacinas, por exemplo; não superando a ganância na pesquisa das mesmas e sonogando para as empresas concorrentes o saber a respeito do avanço científico adquirido?) e quanto do ganho de consciência

¹⁶⁸ FERRAROTTI, Franco. La sociologia come analisi critica della società. In: CIPRIANI, Roberto (a cura di). *Nuovo Manuale di sociologia*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore, 2018, p.24.

social devido aos assistentes sociais na sua claríssima condição de demiurgos e estruturadores das civilizações a humanidade precisa reconhecer, juntamente com a academia em geral?

Este livro, que só agora, em 2024, chega às mãos dos estudiosos, chega também encharcado do esforço depreendido por nós no meio do processo pandêmico e de seus desdobramentos: tivemos que nos capacitar para além da formação inicial que tínhamos ao assumirmos as atividades do projeto; tivemos que nos fazer, improvisadamente, multifuncionais: linguistas, informáticos, economistas, comunicadores, gerentes de pessoas etc. tudo isso por termos tomado consciência, precisamente, daquela inusitabilidade; daquela condição epocal diante da qual ainda nos encontramos.

Por isso tudo é que advertimos ao benevolente leitor que encare o estudo deste livro como algo que também, porventura, o possa levar a tomar uma nova e especialíssima consciência de estarmos a partir de agora numa nova época da humanidade, na qual o serviço social precisa ser reconhecido num *status* bem mais elevado do que até agora o foi.

INTRODUÇÃO

Pesquisa no contexto da pandemia de Covid-19

Em geral, pode-se dizer que a pandemia de Covid-19 encontrou os países do mundo em um processo forçado de estabelecimento de políticas ultra-neoliberais, promovidas por gestores do mercado financeiro. Isso estava causando uma crise nos estados de bem-estar social estabelecidos no mundo e um dismantelamento completo das políticas sociais. Além disso, as reações a essa pandemia foram caracterizadas por um acentuado negacionismo por parte dos governos então liderados por partidos de extrema direita. Isso dificultou a conscientização das pessoas, gerando dúvidas sobre a própria existência da pandemia e espalhando o pânico diante do súbito surto de mortes em massa. Tudo isso produziu uma falta inicial de medidas eficazes e atrasou a ativação das providências profiláticas necessárias para lidar com esse mal nos diferentes países, em graus variados. Como resultado, uma crise quádrupla foi estabelecida: de saúde, econômica, social e humanitária no mundo. Essa crise não poderia deixar de ter um impacto direto na prática e na teoria dos profissionais de saúde e de serviço social.

Diante dessa realidade, a IASSW-AIETS (*Associação Internacional de Escolas de Serviço Social*) voltou sua atenção precisamente para essa questão. Entre as medidas adotadas, a fim de melhor compreender e melhor oferecer subsídios para atuação nessa e em outras conjunturas semelhantes, lançou o edital "*Social Work Education Under Covid-19 A call for international projects*"¹⁶⁹. Como membro da IASSW, a professora brasileira Alexandra Mustafá imediatamente propôs um projeto de pesquisa com o objetivo de investigar como os assistentes sociais de todo o mundo tomaram consciência da emergência da pandemia e qual foi o conseqüente desdobramento dessa conscientização em suas ações profissionais.

Portanto, sua intenção era identificar os impactos da conscientização tardia, no enfrentamento da pandemia e mapear as práticas e teorias posteriormente desenvolvidas pelos assistentes sociais, partindo da hipótese de que a conscientização total do alarme, teria sido um fator determinante para a atuação dos profissionais de Serviço Social e que se deveria destacar as particularidades, as semelhanças e divergências que caracterizaram seu *modus operandi*, quando a necessidade de distanciamento social favoreceu a adoção de práticas baseadas no trabalho a distância e no uso da tecnologia da informação. Portanto, tratava-se de indentificar quais foram as principais mudanças ocorridas na teoria e na prática do serviço social para que pudessem ser incorporadas à formação profissional no contexto de problemas e desastres naturais ou provocados, ou seja, em uma situação de emergência social.

Assim, formou-se uma equipe selecionada de pesquisadores de serviço social que implementaria a pesquisa internacional *Theory and Practice of Social Work in the World in Times of Pandemic* (Teoria e Prática do Serviço Social no Mundo em Tempos de Pandemia), que foi apresentada à Associação Internacional de Escolas de Serviço Social (IASSW-AIETS) e recebeu aprovação imediata.

¹⁶⁹ Disponível no link: <https://www.iassw-aiets.org/wp-content/uploads/2020/07/Social-Work-Education-Under-Covid-19-A-call-for-international-projects-Revised-call.pdf>

A pesquisa foi realizada em cinco países, três no continente europeu: Itália, Suécia e Espanha; e dois no continente latino-americano: Brasil e Argentina. A equipe composta por 16 professores/pesquisadores foi montada, sob a coordenação da Universidade Federal de Pernambuco, no Brasil, com a seguinte composição: **Argentina** - Diana Crisistelli (DGCyE); **Brasil** - Alexandra Mustafá (Universidade Federal de Pernambuco), Salyanna de Souza Silva (Universidade Federal do Espírito Santo), Ramiro Marcos Dulcich Piccolo (Universidade Federal Fluminense), Márcia Iara Costa da Silva Rego (Universidade Federal de Alagoas), Gisele Caroline Ribeiro Anselmo (Universidade Federal da Paraíba), Elizabeth da Silva Alcoforado (Universidade de Pernambuco); **Itália** - Lluís Francesc Peris Cancio (Universidade La Sapienza de Roma), Maddalena Floriana Grassi (Universidade de Bari Aldo Moro), Maria Lorenzoni Stefani (Assistente Social Assessora do ISTISSE, Itália), Elena Spineli (Assistente Social Assessora do ISTISSE, Itália); **Espanha**: Josefà Fernández Barrera (Universidade de Barcelona) e Belén Parra Ramajo (Universidade de Barcelona), Miguel-Ángel Mateo-Pérez (Universidade de Alicante) e María-Asunción Martínez-Román (Universidade de Alicante), Arantxa Rodríguez Berrio (Universidade de Deusto) e Emma Sobremonte Mendicuti (Universidade de Deusto); **Suécia**: Jessica Jönsson (Universidade de Örebro) e Maria Bennich (Universidade de Örebro).

Logo em seguida, começou-se a otimizar uma metodologia científica e inédita para fazer com que a pesquisa que acabara de ser aprovada funcionasse com a melhor qualidade possível, já que diferentes aspectos dela, como a diversidade linguística dos pesquisadores envolvidos (italiano, inglês, espanhol e português); a diversidade cultural e a formação deles, somados à necessidade de atualização tecnológica (já que a pandemia trouxe uma enorme transformação de protocolos, programas e aplicativos a serem utilizados mundialmente a partir de então) desafiaram bastante a todos os envolvidos, mas também serviram para impulsioná-los na construção de um conjunto de procedimentos funcionais.

Vale ressaltar que esta pesquisa, além de ter como tema a pandemia da Covid-19, foi desenvolvida durante a própria pandemia, de modo que os pesquisadores também estiveram imersos nos ambientes trágicos que aquela situação produziu. Portanto, nota-se que o que mais falou alto foi o profissionalismo e a capacitação do serviço social, que se mostrou forte e eficiente, além de resiliente.

Para estruturar os procedimentos de pesquisa, começou-se a se reunir on-line e por e-mail e construiu-se sistemas de troca de informações, documentação e estudo coletivo da melhor forma possível. Tudo isso, não sem grandes desafios, levou ao início dos trabalhos, que se materializaram basicamente nas entrevistas com assistentes sociais que enfrentaram a pandemia em primeira mão em seus ambientes de trabalho.

A Pesquisa

O objetivo do projeto da pesquisa internacional "*Teoria e prática do serviço social no mundo em tempos de pandemia*" foi conhecer as práticas de readequação do serviço social em tempos de pandemia, identificando particularidades, semelhanças e divergências entre o *modus operandi* dos assistentes sociais da Argentina, Brasil, Itália, Espanha e Suécia. Com base em Freire (1970), investigou-se como a consciência da emergência sanitária e a consequente antecipação das ações profissionais para lidar com ela ocorreram no nível do sistema organizacional observado no país de referência. Cada equipe da pesquisa, caracterizada nacionalmente, realizou entrevistas

aprofundadas no país em que opera e as analisou, referindo-se às seguintes dimensões da prática profissional: ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa¹⁷⁰.

Esse mapeamento possibilitou identificar quais mudanças já ocorreram e são esperadas e desejadas com relação aos métodos de atuação dos assistentes sociais em diferentes contextos de trabalho e ensino de serviço social. A pesquisa foi realizada entre dezembro de 2020 e dezembro de 2022.

Durante os primeiros cinco meses da pesquisa, foram implementadas três reuniões gerais para estabelecer a metodologia de investigação. Várias reuniões se sucederam para compreensão coletiva dos diferenciados contextos nacionais. A metodologia foi a mesma em cada país: análise do impacto da pandemia, estudo das medidas públicas, análise por meio de entrevistas qualitativas com assistentes sociais escolhidos por sua importância e campo de intervenção, tentando considerar um número plural de profissionais. O conteúdo das entrevistas foi definido com um modelo para todos os países. Após a fase de pesquisa, foram realizadas mais duas reuniões gerais para analisar os dados.

Entre janeiro e outubro de 2021, foram concluídas 103 entrevistas com assistentes sociais que tiveram um papel profissional ativo em diferentes campos de intervenção, durante o período pandêmico do ano de 2020 (fevereiro a dezembro). O número de entrevistas foi parametrizado de acordo com o número de universidades envolvidas: 6 entrevistas foram realizadas na Argentina, 55 no Brasil, 15 na Itália, 18 na Espanha e 9 na Suécia.

A estrutura conceitual da pesquisa é baseada no conceito de **conscientização** de Paulo Freire (1970). A equipe de pesquisa passou por uma fase de busca para adaptação do uso da terminologia que se constituía em objeto de pesquisa, em cada país. Por outro lado, os contextos organizacionais que caracterizam o serviço social, e nos quais os conceitos de **tomada de consciência e conscientização** podem ser observados, deixam claro o processo pelo qual os assistentes sociais são chamados a passar profissionalmente, de uma dimensão moral-individual para uma dimensão ético-coletiva da consciência. Os assistentes sociais foram chamados, não apenas a tomar consciência de si mesmos como profissionais, mas também de si mesmos no contexto organizacional e social em que trabalham com outros profissionais e com os beneficiários das intervenções e dos sistemas de ação que implementam.

O processo, portanto, de conscientização aplicado à intervenção social e, especificamente, ao trabalho do assistente social em um contexto de emergência sanitária requereu dos assistentes sociais a passagem, através das entrevistas, de um estado de inconsciência para o de consciência individual e coletiva, de si mesmo como indivíduo e de si mesmo como contexto organizacional e social; de uma estrutura de ações automáticas, ligadas à inconsciência, para uma estrutura de ações organizadas voltadas para a mudança social, ligadas à tomada de consciência do que se é e do que é preciso se tornar para responder às necessidades do contexto, da organização, do indivíduo. O serviço social, nesse sentido, responde a si mesmo como uma profissão, à organização como uma

¹⁷⁰ Essas dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa possuem uma proveniência originária da obra de Yolanda Guerra: *Instrumentalidade do Serviço Social*, São Paulo: Cortez, 2018 e foram assumidas pelas Diretrizes Curriculares do Serviço Social Brasileiro como componentes da Direção Social da Formação Profissional. Na presente pesquisa, as mesmas foram adaptadas para servirem às necessidades específicas, tendo sido usadas com maestria por todos os pesquisadores, do Brasil e dos demais países.

ferramenta de trabalho, ao contexto como um serviço para a população e com o objetivo de realizar e consolidar seu bem-estar.

A estrutura metodológica usada é qualitativa e inspirada em uma abordagem construtivista semi-fundamentada. Embora seja baseada em categorias de referência teóricas e analíticas, ela deixa espaço para temas das narrativas dos entrevistados.

Para alguns países, como a Itália, a principal técnica escolhida para a coleta de informações foi a entrevista narrativa, enquanto a seleção dos assistentes sociais entrevistados foi fundamentada, com o objetivo de identificar um grupo de sujeitos, o mais heterogêneo possível, em termos de número de anos de experiência e tipo de cargo e função organizacional, mas, acima de tudo, em termos de área de intervenção.

O tipo de análise realizada foi a temática, com o objetivo de identificar temas relacionados ao conceito de consciência diretamente derivados das experiências de campo dos assistentes sociais. Além disso, o método de análise foi *in-case e cross-case* para poder cruzar os temas relacionados às experiências individuais com aqueles relacionados às experiências coletadas como um todo.

As entrevistas

As entrevistas foram formuladas com base em seis questões, de modo que as três primeiras pudessem abranger aspectos relacionados à tomada de consciência do fenômeno pandêmico e seu impacto no exercício da atividade profissional, nos diferentes espaços sócio-ocupacionais em que atuavam os assistentes sociais. As três últimas questões tiveram a preocupação mais específica de trazer à tona aspectos relativos à atuação dos assistentes sociais, propriamente dita, buscando extrair as novidades e competências suscitadas na ação profissional, com foco nas dimensões, anteriormente citadas: ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa da prática profissional.

Portanto, elaborou-se os objetivos das perguntas centradas nessas duas questões principais:

A – Tomada de Consciência e

B - Teoria e prática profissional

Em uma retrospectiva epistemológica, pode-se esclarecer as diretrizes e os fundamentos que orientaram essa formulação:

A – Tomada de Consciência

As perguntas introdutórias visavam suscitar, no profissional entrevistado, um movimento **mnemônico**, ou seja, de memória, para que os assistentes sociais se colocassem na posição mental de alguém que está prestes a analisar algo sério, de grande valor teórico, prático e humanitário, que vivenciou em primeira mão e que precisa ser percebido para que se possa avaliar o processo desencadeado em sua consciência. Assim, as pessoas entrevistadas foram levadas ao campo intelectual da **auto-observação cognitiva** para perceber, por meio de uma simples **anamnese**, o primeiro momento em que tomaram conhecimento da existência relatada de um vírus que estava se espalhando, talvez em um país distante. Vale ressaltar que as entrevistas foram realizadas em um momento em que o impacto inicial das notícias sobre a pandemia já havia sido superado, mas as pessoas ainda viviam em um contexto de medo de contágio, pois o processo de descoberta de vacinas era lento e gradual. Nesse contexto, os assistentes sociais poderiam falar de um momento

no passado em que, ao dar seu testemunho, já estavam cientes do grande desastre causado pelo coronavírus. Ao "**rebobinar**" suas memórias, eles imediatamente perceberam o intervalo entre o estado inicial de sua consciência (ou seja, alguns momentos antes de tomarem conhecimento do vírus) e o estado atual dela, e reconheceram como se desenrolou seu processo de tomada de consciência.

Além disso, foi solicitado aos entrevistados que construíssem uma narrativa do movimento de sua consciência ao longo do tempo, trabalhando com duas estruturas dinâmicas: 1. a sucessão de fatos relacionados à disseminação da pandemia e; 2. a evolução de sua percepção para a consciência de que o mal os atingiria pessoal e profissionalmente. Essa narrativa é, além disso, uma descrição de um **lapso temporal**, portanto, tem um momento inicial que a pessoa entrevistada já teria superado tal lapso ao responder à pergunta número um (1); e um momento final, que é aquele em que, imediatamente, ela se deu conta de que não havia percebido a gravidade do problema.

As perguntas pediam que o entrevistado avaliasse o porquê de sua consciência da gravidade do evento ter se desenvolvido daquela maneira e levado o tempo que levou. Esse momento avaliativo da entrevista teve como objetivo dar espaço para que a pessoa entrevistada contribuísse teoricamente para a pesquisa mesma, com as palavras que considerasse necessárias e analisando o processo de conscientização, para que os pesquisadores, nos momentos de análise das entrevistas, também tomassem conhecimento de aspectos que somente aquela pessoa entrevistada, na situação em que se encontrava, dentro do processo que estava vivenciando e com as condições e informações que lhe chegavam, poderia oferecer.

Em outras palavras, essa parte da entrevista serviu para fazer com que a pessoa entrevistada sentisse que também estava participando do processo de pesquisa científica, estando disposta a compartilhar, com o entrevistador, como se deu sua tomada de consciência e a explicar o significado que ela achava que tal processo pudesse ter, em sua interioridade, em seus estágios e gradações.

Por fim, essa primeira fase de questionamento abriu um novo capítulo na narrativa da pessoa entrevistada, pois ela começou a se concentrar com seu intelecto em um novo processo de consciência desencadeado pela percepção de que, além de lidar com um evento complexo com alto poder de destruição, a situação exigia dela, como assistente social, algo além de uma simples medida de autoproteção.

Esse processo foi então narrado a partir dessas perguntas e levou os assistentes sociais entrevistados a se perceberem teorizando na sua ação a partir de sua compreensão e avaliando a qualidade das conclusões que tiravam dela à medida que tudo acontecia, contribuindo com informações valiosas para que os pesquisadores elaborassem propostas para: como perceber melhor o estar dentro de um processo problemático e trágico; como planejar em tais situações; como entender as possibilidades disponíveis apesar dos muitos e complexos obstáculos no processo.

Aquele foi, portanto, um momento crucial na entrevista e, por meio dele, muito conhecimento foi adquirido, de modo que se percebeu que o que não foi possível ao entrevistado perceber no calor do drama, foi possível aos pesquisadores perceberem no momento da análise laboratorial em que (estando em um processo em que se exige grande reflexão), verificou-se claramente o que deveria ser e o que deveria ser melhor e mais adequadamente feito. Essas perguntas ofereceram aos pesquisadores o conhecimento de boas soluções que foram dadas no

calor do drama, para que a criatividade humana pudesse se espalhar mesmo em momentos de emergência.

Seminário sobre Tomada de Consciência

Para uma exploração teórica aprofundada da categoria de Tomada de Consciência, foi realizado um seminário geral on-line e várias reuniões menores com todas as equipes de pesquisa de todos os países envolvidos na pesquisa. Cada equipe apresentou uma sistematização de sua pesquisa teórica sobre o tema, com base em estudos de autores de seus próprios países e de sua base acadêmica, além daqueles que são universalmente conhecidos e que deixaram um legado na reflexão sobre a tomada de consciências, como Paulo Freire, Piaget e Vygotsky.

Assim, as apresentações expressaram o entendimento dos pesquisadores, que também se valeram de suas próprias reflexões e teorizações sobre o tema Tomada de Consciência, as quais, em diálogo com os autores escolhidos e com base em seu próprio acúmulo teórico e experiência, foram suficientes para formular conceitos e uma produção de conhecimento sobre o tema, capazes de embasar a análise das entrevistas e a formulação do texto final que agora constituem os capítulos deste livro.

Pesquisa e sistematização dos dados coletados nas entrevistas

As conclusões extraídas desse Seminário Geral e, a partir da condução e análise das entrevistas, indicam que a tomada de consciência é um processo que ocorre em uma dialética entre o contato com a realidade e o processamento mental, em termos de compreensão do fenômeno e de uma postura diante do próprio fenômeno, que pode levar à ação necessária para enfrentá-lo e superá-lo.

Esse processo pode ser gradual e lento ou mais rápido, dependendo de como a realidade se apresenta. No caso da pandemia da Covid-19, os assistentes sociais se depararam com uma situação de pânico generalizado por parte da população, dada a letalidade da doença e sua magnitude, bem como seu caráter inédito.

Além disso, num primeiro momento, também os assistentes sociais foram envolvidos naquele pânico quando perceberam que estavam sendo solicitados, tanto por suas consciências éticas, quanto pelas instituições a atuarem nas áreas de maior risco de contágio, como hospitais, abrigos, instituições assistenciais em geral, onde o contato com pessoas representava o risco de contrair a doença. Quando solicitados, eles foram obrigados a fazer um reconhecimento e uma análise da situação, o que os levou a perceber que:

1. tinham que assumir seu dever de atuar como assistentes sociais naquele momento, apesar dos riscos e
2. deveriam se demonstrar suficientemente capazes para desenvolver métodos de ação adaptativos eficientes e tão seguros quanto possível naquelas instituições.

Esse foi o processo de conscientização que os levou, gradativamente, a superar aquela atitude inicial de pânico e a enfrentar o pânico instalado na população, a fim de ajudar a controlá-lo e desenvolver uma atitude racional, capaz de disseminar a calma e a busca de respostas para aquele desastre de amplitude global.

Portanto, o serviço social foi, em muitas situações, reconhecido pela população usuária e por agentes públicos como uma profissão de extremo interesse e indispensável para atuar em situações de emergência. O que vem dando às assistentes sociais de todo o mundo uma maior auto-

estima, fruto de uma ulterior tomada de consciência que faz delas eticamente autorizadas e indicadas para proceder a análises societárias em tempos cruciais, nos quais as sociedades se encontrarem sob risco de dissolução.

Os dados apresentados por essa realidade exigiram uma ação imediata, mas habilmente pensada, dos profissionais que, superando o momento inicial de pânico, colocaram-se em uma postura mental de busca de informações para uma maior compreensão do fenômeno e de busca de alternativas que caracterizassem uma conscientização cada vez mais rápida e eficiente. Essa postura mental e prática, entendida como *práxis*, pois envolve teoria e ação, exigiu que a atitude mental elaborada na consciência guardasse todo o conhecimento acumulado na formação e na experiência profissional, bem como fizesse uso de todos os princípios éticos subjacentes aos códigos de ética profissional e aos projetos ético-políticos da profissão para assumir uma atitude de protagonismo e inovação no enfrentamento da crise pandêmica.

B - Teoria e prática profissional

Nas perguntas referentes à teoria e à prática profissional, foi solicitado ao entrevistado que detalhasse seu compromisso e desempenho. A qualidade das ações e habilidades que cada assistente social assumiu dependeu do tipo de compromisso, do ambiente ou espaço sócio-ocupacional em que trabalhava e do tipo de público a que atendia, da natureza das equipes interdisciplinares das quais participava e de sua formação teórica e prática. O ineditismo do fenômeno pandêmico levou à inovação teórica e prática, fazendo com que os assistentes sociais contribuíssem significativamente para atuar na linha de frente do combate à pandemia.

As declarações coletadas foram analisadas de um ponto de vista quantitativo e qualitativo, e os entrevistados foram solicitados a fazer um inventário taxonômico das ações que realizaram; a entender as ações que eram válidas, as que eram inócuas e até mesmo as que eram prejudiciais, embora consideradas benéficas. Eles puderam, por meio das perguntas, teorizar para ter uma visão abrangente do conjunto de atividades em que estavam envolvidos e, ao mesmo tempo, ter uma visão focada, em cada conjunto de ações significativas, e se perceberem tomando decisões a partir de conclusões conscientes desencadeadas e avaliando ao fazer um resumo do processo, destacando pontos positivos e negativos.

As perguntas também se concentraram nas lições aprendidas com a experiência e nas propostas para que o serviço social e seu ensino se tornem realmente eficientes e rápidos na luta contra os desastres públicos, em geral, e as pandemias, em particular.

Assim, pode-se ver até que ponto a consciência do entrevistado permitiu que ele emitisse uma opinião conclusiva, o que implicou uma condição teórica, filosoficamente falando, e colocou tanto o entrevistado quanto o entrevistador em um estado de contemplação da realidade apreciada.

Neste sentido, o conjunto cognitivo da pessoa entrevistada tendia a ser disponibilizado para análise em sua totalidade; os fatores envolvidos eram apresentados em blocos "satélites" que interagiam com o núcleo do processo vivenciado.

Em torno desse núcleo, surgiram fatores políticos, sociais, econômicos, técnicos, médicos, estruturais, entre outros, bem como a grande carga de emoções envolvidas em todos os momentos do luto humano.

Naquele momento, os pesquisadores se viram obrigados a ter consciência perceptiva e, enquanto ouviam a opinião da pessoa que estava sendo entrevistada, tendiam a perceber os

aspectos de maior importância, e essa percepção também era uma consciência deles, o que era essencial para coletar e, posteriormente, teorizar.

Foi lá que se reuniu uma grande quantidade de material que, mais tarde, deu origem a capítulos e a este livro com propostas para a criação de uma nova disciplina no serviço social, capaz de apoiar os profissionais e a profissão, como um todo, com a capacidade de agir melhor em tempos de desastres e pandemias.

Ao final de cada entrevista, foi solicitado aos profissionais que avaliassem seu crescimento como ser humano e assistente social dentro desse processo. Essa pergunta levou o entrevistado a sentir que esse trabalho de memória e tomada de consciência havia alcançado um fechamento ético, humanitário, técnico-profissional, teórico e que ele estava relatando (em solidariedade ao processo mesmo da pesquisa; à ciência enquanto tal) um conjunto de informações válidas para a melhoria de algo que ele enfrentou diretamente, não sem grandes desafios e até perdas.

Assim, o entrevistado, nesse momento final, expressou livremente o que achava importante dizer, além de ter esse momento filosófico-sapiencial em que pôde elaborar um texto que também será de fundamental importância na construção das justificativas existenciais daqueles que se envolvem em tais atividades.

Por fim, concluiu-se que as palavras da pessoa entrevistada também foram uma reflexão sobre o processo de tomada de consciência, no qual ela mesma teve que caminhar, agir, raciocinar, tomar decisões, inovar.

Metodologia de análise para entrevistas da pesquisa “Teoria e prática do serviço social no mundo em tempos de pandemia”

Foram formadas duplas de pesquisadores que começaram a fazer as entrevistas que giravam em torno do conceito de **tomada de consciência** e do quanto essa tomada de consciência produzia nos assistentes sociais de percepção crítica e proativa. O *modus operandi* de cada equipe foi adaptado com maestria por eles, o que levou à análise das entrevistas de acordo com a metodologia proposta e à produção de seu texto final.

A categoria principal da análise das perguntas da entrevista é a conscientização. Essa categoria serviu de guia para a análise das perguntas e foi considerada pela concepção de conscientização de cada pesquisador e pelas conclusões tiradas do seminário sobre conscientização.

Como sugestão de análise, apresentamos as dimensões da prática profissional que serviram de fio condutor para levantar os elementos mais importantes:

Dimensão ético-política.

Essa dimensão se refere às atitudes dos assistentes sociais em relação ao fenômeno da pandemia e ao posicionamento dos governantes que puderam ser extraídas das respostas dos entrevistados. Em particular, refere-se a: adoção da noção de bem e mal, virtudes ou vícios socialmente aceitáveis; como eles entendiam o perigo e a nocividade da pandemia; sua avaliação da situação da pandemia e; como se comportavam diante desse fato.

Aqui, o que entra em jogo, principalmente, é a postura adotada para agir na luta contra a pandemia e entender o fenômeno também do ponto de vista científico, que, no processo de reflexão sobre os pensamentos e as ações, nunca deixa de vir à tona durante as entrevistas. Analisou-se o

compromisso ético com as vítimas da pandemia para identificar as necessidades emergentes, o compromisso e a coragem para atender a essas necessidades, a fim de garantir o direito à vida e os direitos sociais ameaçados pela situação pandêmica. Buscou-se analisar os valores que fundamentaram a ação dos assistentes sociais, tais como a coragem, a superação do medo, a defesa intransigente dos direitos humanos, a iniciativa, a ação coletiva, no sentido de uma ação multidisciplinar e solidária junto à população e às comunidades, contribuindo para a prevenção do contágio e para a ação curativa em caso de contaminação já identificada.

Também foi importante considerar:

1. comportamento das autoridades governamentais: quando houve negligência ou negação, na opinião dos assistentes sociais, ou se houve engajamento ativo na luta contra a pandemia;
2. que tipo de análise é feita do próprio processo político em nível local, nacional e internacional, no sentido de, então, ter percebido ou não o comportamento e as decisões que foram tomadas para orientar a população para prevenir o vírus ou para curá-lo, para contribuir ou não, efetivamente, para evitar mortes, para apoiar o sistema público de saúde, para contribuir com os profissionais de saúde, para o tratamento, para a educação, enfim:
3. que atitude de responsabilidade ou irresponsabilidade dos governantes foram identificadas nas respostas dadas pelos entrevistados.

Dimensão teórico-metodológica.

Essa dimensão refere-se ao nível de cientificidade que orientou e despertou nos assistentes sociais a capacidade de utilizar todo o arcabouço teórico da profissão, adquirido durante sua formação, para fundamentar suas ações. Refere-se também à capacidade de dar respostas imediatas a situações novas, utilizando o arcabouço teórico-metodológico da formação profissional e suas atitudes junto à ciência para lidar com elas.

A partir das falas dos entrevistados, também pudemos analisar como os assistentes sociais lidaram com crenças e fantasias, mentiras difusas e Fake News que invadiram a mente dos usuários, a partir da disseminação de uma desconfiança fanática nas medidas propostas pela OMS e pelos órgãos de saúde que passaram a orientar o comportamento e as atitudes dos usuários.

Também foi possível analisar os recursos de apoio teórico e metodológico disponíveis em cada cidade ou país, ou seja, cursos, treinamentos já existentes ou criados para refletir cientificamente sobre a atuação dos profissionais de serviço social no enfrentamento de desastres públicos, endêmicos ou sociais.

O estudo das respostas nos permitiu analisar o que foi extraído como contribuição para o treinamento e a prática profissional no que se refere ao monitoramento de situações de risco, especialmente em relação aos diferentes segmentos populacionais e ao espaço sócio-ocupacional investigados.

Dimensão técnico-operacional.

Essa dimensão está diretamente relacionada à prática profissional do ponto de vista técnico-operacional e à capacidade dos assistentes sociais de criar alternativas novas e competentes, capazes de responder imediatamente às situações mais inéditas que surgiram na evolução e no declínio da pandemia.

O método duplamente abrangente de análise de entrevistas

Do ponto de vista metodológico, foram realizadas uma Análise Vertical e uma Análise Horizontal, que atenderam aos seguintes princípios:

A **Análise Vertical** consistiu na análise criteriosa de todas as perguntas respondidas por cada assistente social, a fim de identificar o perfil de cada profissional e seu processo de conscientização. Ao identificarmos cada profissional individualmente, levando em conta a totalidade de suas respostas, pudemos ter uma visão geral de sua cadeia de respostas e do processo desde a simples notícia sobre a existência do vírus que se espalhava pelo mundo, passando pela conscientização e pelo processo de ações consequentes, além de se perceber a contribuição de cada um deles para o treinamento do serviço social e, finalmente, o que foi, na interpretação deles, seu crescimento pessoal. Essa análise também possibilitou identificar os aspectos mais importantes que foram levantados nas respostas de cada assistente social sobre a categoria **conscientização** nas dimensões da prática profissional, listadas acima, permitindo analisar a capacidade de autonomia teórica dos assistentes sociais, além e de forma complementar ao que a literatura especializada já publicou.

A **Análise Horizontal** procurou considerar separadamente cada questão respondida por todos os assistentes sociais entrevistados, a fim de poder focalizar tematicamente e comparar as respostas de todos eles, tendo como referência o conceito de **Tomada de Consciência** e ação prática, de acordo com a proposta de conteúdo apresentada anteriormente. Esse panorama nos permitiu ter uma visão completa de como se desenvolveu o processo de Tomada de Consciência da categoria profissional, como um todo, e quais medidas foram tomadas por todos eles, a partir da identificação de: pontos comuns nas respostas, pontos divergentes e as novidades que surgiram.

Por fim, a análise de dados foi proposta para:

1- Relacionar esses dados com o entendimento dos pesquisadores de "Tomada de Consciência" e com o conteúdo das "dimensões da profissão", conforme apresentado acima, e tirar conclusões analíticas sobre cada aspecto, sem deixar de lado nenhum elemento apresentado na entrevista.

2- Estabelecer relações entre os dados individuais e os dados da conjuntura política e da estrutura social de cada país envolvido, a fim de obter uma visão da totalidade e das implicações da conjuntura e da estrutura social na consciência dos entrevistados.

3- Destacar aspectos que surgiram como expressões de consciência e desempenho profissional que não dependem e superam conjunturas e determinações estruturais.

Na etapa final, a análise foi assumida por cada equipe em cada país:

4- Construir um texto sobre as conclusões da análise das entrevistas. Esses textos foram socializados num seminário realizado com as equipes de cada país, em modo *on-line*. O conjunto das análises foi catalogado e contém exemplos e citações das falas dos entrevistados. A partir dele, é possível acessar a bibliografia utilizada por cada pesquisador.

O resultado gerou um debate sobre os textos ou capítulos apresentados e, a partir daí, foram tiradas conclusões coletivas sobre as apresentações e concepções de cada pesquisador do país, cujo formato final é apresentado neste livro.

RESULTADOS

As entrevistas realizadas neste estudo confirmam claramente que o período da pandemia, apesar de toda a sua carga trágica, foi uma fase extremamente interessante para a análise do comportamento ético-profissional dos assistentes sociais. A leitura deste livro permite uma melhor compreensão do processo de tomada de decisões em situações de emergência, pois se percebe que os assistentes sociais vivenciaram uma excepcional reviravolta em suas *rotinas* diárias e que essa reviravolta produziu várias transformações que merecem ser consideradas tanto no que diz respeito à formação quanto em relação à prática do serviço social.

As conclusões gerais da pesquisa nos inspiram a dizer que, em resumo, a profissão de assistente social tem sido fundamental e indispensável na linha de frente da luta contra a pandemia, e que todo o conhecimento acumulado nesse enfrentamento representa um crescimento intelectual e prático insubstituível que deve servir como elemento essencial na formação e na prática profissional em todos os espaços, como universidades, faculdades, escolas, órgãos profissionais e outros.

O processo de Tomada de Consciência, oriundo da pesquisa, levantou a percepção de que a profissão desempenhou um papel essencial junto à população e que precisa ser mais reconhecida e ter mais visibilidade de seus serviços, bem como receber a correspondente valorização por essa capacidade exercida durante essa crise sanitária, social, econômica e humanitária.

As entrevistas levaram os entrevistados a reviver os primeiros momentos e a evolução subsequente da pandemia. A transição de um estado de inconsciência para um estado de consciência em relação à situação pandêmica que parece ter sido caracterizada pelo imediatismo, por um lado, na medida em que foi predominantemente caracterizada por emoções de medo pertencentes à esfera pessoal-individual; por outro lado, essa transição foi progressiva na medida em que foi acompanhada pelos vários movimentos de reorganização e serviços sociais que ocorreram, em várias decisões, paralelamente ao processo de tomada de consciência da crise em andamento.

Os elementos que caracterizam o imediatismo da tomada de consciência referem-se a:

1. eventos relacionados à vida privada dos profissionais e,
2. à reorganização do contexto de trabalho e, em alguns casos,
3. às tarefas específicas da vida profissional.

Isso também implicou em demandas crescentes de ajuda por parte dos usuários dos serviços, algumas delas inesperadas e incomuns, bem como em repentinas regulamentações governamentais e o grau em que os movimentos dos assistentes sociais dependiam dessas regulamentações, não apenas em nível nacional, mas também local.

Entre os fatores que caracterizaram a progressividade da tomada de consciência, no entanto, estava o fato de que os movimentos para reorganizar as vidas pessoais e profissionais dependiam das mudanças, às vezes repentinas, provocadas por decisões governamentais que alteravam radicalmente a habitabilidade da área e a acessibilidade dos serviços. Além disso, essa progressividade foi moldada pela maneira como os esforços para reorganizar a instituição internamente dependiam das demandas, cada vez maiores, por assistência da parte daqueles que já recebiam serviços e do público em geral.

Nos relatos dos assistentes sociais entrevistados, o processo de tomada de consciência parece ter envolvido uma transição de um estado de inconsciência para um estado de consciência pessoal e profissional caracterizado por elementos de imediatismo, devido às medidas nacionais para conter a emergência, e de progressividade, porque o processo de tomada de consciência foi calibrado para o nível de organização nacional e racionalidade específica de cada instituição em que o assistente social trabalhava na época da pandemia.

Um elemento variável e crítico foi a necessidade de dar sentido pessoal e organizacional à emergência: todos esses profissionais sentiram a necessidade de tal elaboração, mas em quase nenhum dos contextos essa necessidade foi adequadamente atendida.

Outro aspecto a ser considerado é que a atitude dos profissionais foi transformada à medida que se conscientizaram do papel da profissão diante de situações de desastre e pandemia. A superação inicial em função do pânico que emergiu diante daquela situação inusitada de medo e imobilidade, na verdade, desafiou os assistentes sociais a assumirem, em detrimento dos elementos emocionais presentes, uma postura racional diante daquele fenômeno. Isso os levou a enfrentar o complexo problema com a calma necessária e a tomar decisões, criando alternativas que até então não haviam sido experimentadas na prática.

A tranquilidade necessária para assumir uma atitude confiante, coletiva e solidária veio, justamente, com a constatação de que a cientificidade ainda é a melhor conselheira para lidar com situações difíceis e inéditas para a humanidade. Daí surgiram as redes de troca de experiências, a possibilidade de planejamento coletivo, a confiança na bagagem adquirida durante a formação recebida, a criação de grupos de estudo e o uso das tecnologias remotas disponíveis para controlar a possibilidade de contágio e estruturar uma *rede* que funcionasse como escudo protetor para o suporte emocional e teórico-metodológico de suas ações.

Durante esse período, muitos programas de vídeo *on-line*, na forma das chamadas transmissões *ao vivo*, foram lançados para apoiar a implementação de profissionais e para socializar indicações de práticas e estudos, bem como experiências.

De fato, nossa pesquisa pode ser considerada um exemplo desse fenômeno autoproduzido, na medida em que criou um espaço relevante para a reflexão sobre o incidente, permitindo que os assistentes sociais se desprendessem de seus sentimentos e chegassem a uma reflexão racional e científica, sem negligenciar a gravidade da situação, a fim de enfrentar esse mal com confiança e como protagonistas, já que o protagonismo era um elemento fundamental que a situação necessariamente exigia.

Do ponto de vista teórico-prático dos assistentes sociais, surgiram ações inovadoras que merecem ser consideradas, a partir de então, como ferramentas teórico-metodológicas a serem incluídas na formação profissional para preparar os profissionais para futuras situações de desastres ou pandemias. Isso se justifica pelo fato de que há muita probabilidade que fenômenos semelhantes se abatam, num futuro próximo, sobre o planeta. A ameaça progressiva contra o meio ambiente agora deixa claro que a corrida desenfreada do capitalismo rumo ao desenvolvimento sem razão não vai parar por si só para proteger os recursos naturais.

Assim, durante todo o processo de pesquisa, a pergunta sobre as causas finais da pandemia muitas vezes levou a respostas que apontavam o capitalismo como o principal culpado por essa tragédia. Como os assistentes sociais trabalham diariamente no campo da estrutura social, não há como deixar de analisar o sistema capitalista quando surgem problemas graves. Isso levou os

pesquisadores à conclusão de que é conveniente incluir em todos os currículos de formação profissional do mundo uma disciplina que leve o corpo discente a ser capaz de acompanhar criticamente esse sistema no exercício de sua profissão, para que o assistente social sempre perceba quando o capitalismo desenfreado apresenta-se, sem sombra de dúvida, agindo de forma destrutiva e nociva.

Além disso, a pesquisa destaca a necessidade de se criar a disciplina de Serviço Social em Situações de Emergência, a fim de garantir uma formação ainda melhor capacitar o formando para o enfrentamento de emergências futuras, com muito mais competência teórico-prática, para que possa agir com total eficiência em situações semelhantes de desastre ou pandemia que venham a eclodir repentinamente.

O conservadorismo, de forma dissimulada, a fim de se disfarçar como socialmente benéfico, transformou-se para aparecer como algo novo e, assim, ser visto como um guia para a liderança profissional. Portanto, para proteger a profissão de tal ameaça, é necessário incorporar sérias precauções contra o conservadorismo na prática futura dos assistentes sociais.

O trabalho à distância não pode mais ser ignorado, apesar das dificuldades que apresenta. Mas ele deve ser adaptado às exigências dos usuários e ao fazer profissional, de modo que não traga nem perdas, nem danos ao bom exercício da profissão. As tecnologias da informação já fazem parte da prática profissional para superar distâncias, dificuldades de deslocamento etc., e representam um recurso adicional, no sentido de que podem ajudar a complementar o trabalho essencial do relacionamento presencial. Se há desafios para o trabalho remoto dos assistentes sociais, essa é uma realidade que precisa ser considerada, especialmente levando em conta que o teletrabalho não pode substituir o trabalho presencial. No entanto, o desafio de otimizar os recursos de TI em benefício dos usuários e como aliados dos assistentes sociais permanece, e esse desafio se coloca também como resultado do período de pandemia e como uma tendência nas formas de trabalho instituídas pela revolução tecnológica. Faz-se necessário entender que esse desafio deve agora ser estabelecido para o benefício da classe subordinada e não permanecer como uma arma da classe dominante a ser usada para manipular o indivíduo ou a própria classe subalterna.

A outra conclusão a que chegamos é que a profissão teve um grau notável de visibilidade e conscientização entre os profissionais sobre a necessidade e o valor da própria profissão nessas situações extremas em que a humanidade se encontrou e ainda pode se encontrar. A presença dos assistentes sociais mostrou-se indispensável na linha de frente contra a pandemia e suas habilidades foram mobilizadas nas áreas de saúde, assistência, educação, atendimento a idosos, jovens, mulheres, crianças e em todos os espaços sócio-ocupacionais em que estiveram envolvidos.

Como se sabe, um grande número de pessoas e suas famílias se viram, de um momento para o outro, em situações de extrema necessidade: falta de orientação, assistência, fome, desemprego etc., e os assistentes sociais foram convocados para prestar-lhes assistência emergencial. Assim, percebeu-se que os assistentes sociais são uma presença crucial na organização da busca de soluções em tais momentos e, portanto, suas vozes devem ser reconhecidas globalmente quando se trata de agir em prol da assistência humanitária. Apesar da tendência neoliberal que insiste em eliminar ou desvalorizar as políticas sociais, os programas sociais e a própria profissão de serviço social, os profissionais têm se apresentado como capazes de orientar serviços e atividades. Pode-se dizer que, por meio de sua experiência diante do colapso institucional, ocorrido durante a pandemia da Covid-19, os assistentes sociais organizados tomaram a iniciativa necessária e estrutural para assistir os muitos necessitados. De fato, as

pesquisas demonstram que os assistentes sociais, conscientes de seu papel ético na estruturação do social, tomaram a louvável iniciativa de legislar no âmbito profissional, avaliando juridicamente o dever-ser das ações urgentes e inadiáveis e executando-as com maestria e resultados cientificamente verificáveis. Em vista disso, é necessário que a sociedade, em geral, reconheça que a ação dos serviços sociais durante a pandemia elevou, de fato, o *status* dos assistentes sociais ao de juízes, legisladores e governantes, *lato sensu*, eticamente equivalentes. Portanto, os resultados desta pesquisa, acredita-se, devem ser uma justificativa para um maior respeito social por parte das sociedades, que ao invés de desvalorizá-los, como as intenções explícitas do conservadorismo já deixaram claro, devem reconhecer a sua importância..

Essa visibilidade da profissão deve ser uma tomada de consciência para os profissionais sobre a relevância de seu papel na sociedade e de sua relevância como uma profissão que pode responder e responde a demandas inesperadas e de grande responsabilidade, pela segurança da vida e pelo respeito aos direitos humanos e sociais. Essa conscientização oferece aos profissionais a oportunidade de confrontar o neoliberalismo e de reivindicar um lugar de altíssima utilidade pública em todo o mundo, e os deixa com o desafio de afirmar tudo o que o serviço social representa se tomar a decisão de unificar a profissão, na formação e na prática, em todo o mundo. Esse desafio convoca a IASSW-AIETS, a FITS e o ICSW para uma nova visão do significado da própria profissão em todo o mundo nos tempos atuais.

A percepção da necessidade desse reconhecimento social, com a elevação do *status* e da visibilidade da profissão, também deve refletir uma nova consciência por parte dos profissionais e dos órgãos representativos do serviço social, em geral. Nesse sentido, a IASSW-AIETS, a FITS e o ICSW são chamados a se posicionarem de modo a assumirem, coletivamente, essa defesa da elevação social do *status da profissão*, também nas Nações Unidas e nos Estados Nacionais específicos.

Portanto, este livro, que reúne todas essas potencialidades, apresenta-se como uma produção de conhecimento que tanto faz parte do nível do texto didático a ser socializado em espaços de formação, como também é resultado de pesquisa científica e material direcionado aos cientistas da área e de outras áreas afins, considerando que o esforço empreendido, em sua elaboração e ao longo da realização da pesquisa, foi um verdadeiro passo de imersão no fazer ciência e de validação de tudo o que é sustentado pelo conhecimento científico em tempos de pandemia.

O presente livro é poliglota para contemplar a diversidade linguística que caracterizou a composição da equipe e também para favorecer o acesso ao mais amplo público possível de assistentes sociais ao redor do mundo. Está dividido em três (3) partes: a primeira em língua italiana (por conta dos responsáveis pela publicação da edição do mesmo serem entidades italianas representativas da categoria profissional e que nos favoreceram gentilmente com um custo para além de acessível); a segunda parte está na língua inglesa por conta desta língua ser a prevalentemente usada nos debates da IASSW-AIETS que é a entidade que nos premiou com a aprovação do projeto que financiou o livro mesmo; a terceira e última parte está na língua original da equipe de pesquisadores para manter a possibilidade de estudo filológico em alto nível e, certamente, para garantir o acesso dos textos originais aos nativos das respectivas línguas.

AGRADECIMENTOS

Queremos agradecer, em primeiro lugar a todos e todas assistentes sociais que gentilmente nos concederam suas testemunhanças, seja participando de lives públicas *online*, seja concedendo entrevistas particulares. Também queremos citar com gratidão as assistentes sociais e professoras que se dispuseram a colaborar com esta edição, fazendo a revisão dos textos na língua italiana (Maria Lorenzoni Stefani, Annamaria Campanini) e na língua inglesa (Barbara Shank). Não podemos deixar de dar um destaque especial para o engajamento do professor pesquisador Lluís Peris Cancio que foi fundamental para dinamizar as energias dos envolvidos nas atividades que levaram à preparação definitiva do livro para a publicação.

ARGENTINA

Toma de Conciencia, Ética y Compromiso de los Trabajadores Sociales de Diferentes Entidades Públicas y Privadas Argentinas Durante la Pandemia de Covid-19

Diana Crisistelli¹⁷¹

INTRODUCCIÓN

El presente informe forma parte del trabajo de investigación realizado por el colectivo de Trabajadores Sociales de diferentes países (IASSW), enmarcado en un proyecto conjunto de países tanto de Latinoamérica como de Europa denominado “*Teoría y Práctica del Trabajo Social en el mundo en tiempos de Pandemia*”

En diciembre de 2019, en Wuhan, China aparece un virus: covid19 que se expande por todo el mundo por lo que la OMS en marzo del 2020 declara Pandemia. El rápido avance del virus puso en alerta al sistema de salud.

Argentina, no fue ajena a esta realidad. Con el nuevo mandato de gobierno, el presidente Alberto Fernández, el 12 de marzo de 2020, establece el decreto 260/20 por el cual se determina el estado de aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO). Esta situación lleva a que se determinen medidas de distinta índole a modo de paliar las consecuencias de carácter socioeconómicas ante las propuestas de cuidado de la salud. En materia económica se implementaron políticas de protección sociales a modo de contener la caída de los salarios, el empleo, la producción y los aumentos de precios. También medidas paliativas como el congelamiento de precios, de tarifas, cláusulas anti despidos (Decreto PEN N°329/2020) e indemnizaciones dobles entre otros fueron tomadas. También ocurrió el aspecto sanitario, la emergencia social, la ausencia de información organizada y sistematizada.

El abordaje del Trabajador social en este contexto nos lleva a definir nuestro marco teórico para el cual nos situamos desde un enfoque de derechos bajo una propuesta de Planificación Popular razón por la cual el aporte más significativo de este marco radica en la consideración no solo de la variable sociocultural, sino también en la búsqueda del empoderamiento de las comunidades, a partir de la comprensión de sus propias lógicas populares y de auspiciar su participación en la elaboración y ejecución de planes comunitarios, ajustados a su modo de vida, los cuales no son un fin, sino un medio para emprender procesos de educación, organización y participación popular. Coincidiendo con los entrevistados cuando refieren al empoderamiento de las familias en este periodo, y que se desarrollará con posterioridad.

¹⁷¹ Diplomada en Trabajo Social, licenciada en Gestión y Organización E. Profesor de Educación Especial y Educación Común. Perito Judicial. Diplomado en Contextos de Internamiento de Menores y Adultos.

La pandemia de COVID 19 y la salud.

La situación de pandemia ha revelado diferentes matices entre las diferentes comunidades y los grupos que las conforman en todo nuestro territorio nacional. Existen diferentes niveles de Gobierno:

- 1- Nivel Nacional
- 2- Nivel Provincial
- 3- Nivel Municipal

La Constitución Nacional Argentina en su Artículo 42 manifiesta el derecho a la salud, de todos los habitantes que habiten el territorio nacional, sean argentinos o extranjeros en los hospitales o centros de salud en forma gratuita e igualitaria.

Se han incorporado diferentes leyes, decretos y programas en el Boletín Oficial luego del comienzo de la pandemia y que son:

Aporte solidario y extraordinario para ayudar a morigerar los efectos de la pandemia. Créase. Ley 27.605. HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN ARGENTINA (BO 18/12/2020).

Ley de solidaridad social y reactivación productiva en el marco de la emergencia pública. Prórroga del decreto 99/2019. Decreto 1057/2020. PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.) (BO 31/12/2020).

Programa de asistencia. Decreto 615/2020. Prórroga. Decreto 1055/2020. PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.) (BO 31/12/2020). Empleadores actividades de salud. Decreto 300/2020. Prórroga. Decreto 1052/2020. PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.) (BO 29/12/2020)

Ley de vacunas destinadas a generar inmunidad adquirida contra el COVID- 19. Disposiciones. Ley 27.573. (BO 06/11/2020)

El Sistema de Salud comprende tres sectores, quizá poco integrados entre sí y en oportunidades fragmentados también en su interior y son; el sector público, el sector de seguro social obligatorio (Obras Sociales) y el sector privado. Cada sector tiene prestaciones asistenciales con ciertas diferencias, que de alguna manera ha tenido que trabajar consensos en época de pandemia negociando acciones, que no son muy fáciles de lograr.

De alguna manera después a la emergencia sanitaria surgida por el comienzo de la pandemia emergen interpretaciones complicadas frente a ausencia de datos estadísticos sistematizados, y por diferencias referidas al origen del virus y su posible tratamiento. Esta situación afectó en forma significativa a los habitantes, al sistema de salud, comenzando un confinamiento estricto de ocho largos meses, que produjo problemas en la economía en general, que dio como consecuencia que grandes empresas emigraran de nuestro país, y la economía informal dejara a gran cantidad de sujetos sin trabajo.

Hay preguntas que han surgido... ¿se han preparado a las comunidades con programas que puedan disponer de recursos?", "los intermediarios locales, eran militantes partidistas? ¿.en qué medida se distribuyeron equitativamente los recursos? ¿los hospitales fueron suficientes? Preguntas que a la fecha no tienen todas las respuestas, existiendo además para algunos ciudadanos impericia en el obrar. La complejidad de las políticas públicas sanitarias han afectado a los profesionales en general, cambiando sus tareas (forma remota), y entre ellos a los TS.

El primer caso confirmado de la pandemia de Covid19 en nuestro país, se dio a conocer el 3 de marzo de 2020, con cierta incertidumbre, poca información y miedo por las imágenes que se comenzaban a ver de Italia, España y Francia. Ya con el decreto en donde se cerraban la totalidad de las escuelas, organismos públicos, privados, restaurantes, shopping y los medios de transporte solo podían ser utilizados por personal esencial, y existiendo restricción total de salida a la calle, para los habitantes, los autos no se podían utilizar, al menos que se tramitara un permiso de circulación a través de la web por causas muy puntuales. Los hospitales públicos y privados atendían prioritariamente personas infectadas por este virus. Las medidas redujeron en cierta forma mayor cantidad de contagios y muertes, pero produjeron que otras enfermedades graves no fueran atendidas y las personas fallecieran.

Se observa que las entrevistadas coinciden, en que “causó impacto ver imágenes de calles completamente vacías”. Luego de las primeras dos semanas, aparecieron los primeros indicios de preocupación por la falta de actividad total, sobre todo por aquellas personas con “trabajos informales”, que quedaban sin ningún tipo de ingreso, como de igual forma se comenzó a poner en marcha el “trabajo desde la casa” o “remoto”, con algunas dificultades para aquellas personas que no contaban con PC, celular de última generación o red de internet confiable.

No solo se vieron afectados los grupos vulnerables, sino también los estudiantes sin recursos tecnológicos, o los ancianos sin familiares o vecinos que los pudieran ayudar. Así se puede observar gran desorganización, medios de comunicación masiva con noticias contrapuestas, y una cantidad de “infectólogos” que asesoraban al gobierno con discursos antagónicos entre sí. Pero lo más preocupante surge de escuchar declaraciones del entonces Ministro de Salud, Ginés González García, quien a través de los medios expresó relajadamente: *"estoy mucho más preocupado por el dengue"* que por el coronavirus (Diario Clarín, 3/2/2020), quizá sea como una gripe. “[...] *Yo no creía que el coronavirus iba a llegar tan rápido, no creía que fuera a llegar en verano, nos sorprendió [...]*” (29/03/20) Ginés G García.

Mientras que, en mayo del mismo año, cuando la Argentina se encontraba en aislamiento estricto y total por la pandemia, también expresó ya como ex funcionario que el virus en Argentina “[...] *comenzó con la clase media y media alta que viajaba [...]*” (La Nación, 29/05/20). Ginés G García.

Evidentemente, no tuvo en cuenta la declaración de la OMS, quien declara el 11 de marzo de 2020, la pandemia global de COVID-19.

Otro aspecto a tener en cuenta era que mientras en otros países, se gestionaba la compra de vacunas, aquí se tardó muchos meses y se eligieron en principio solo vacunas provenientes de Rusia (**Sputnik**) y de China (**Sinopharm**), que no eran reconocidas en la Unión Europea, EEUU, Australia, etc. desterrando otras con más reconocimiento como **Pfizer**, **Astraseneca**, etc.

Finalmente, casi a fines del año 2021, se incorpora la compra de otras vacunas, pero ya se habían producido muchos fallecimientos por covid.

El 29 de diciembre de 2020, el ministro González García da inicio en el Hospital Posadas la campaña de vacunación, y en forma simultánea en todo el país (fuente diario La Nación), en primera instancia al personal de salud. Pero increíblemente aparece un escándalo político, referido a la aplicación de vacunas en primer término a políticos, familiares y allegados como secretarios, saltando el orden por edades y esenciales organizados por el mismo Ministerio de Salud, razón que tiene como resultado la disponibilidad de Ginés González García de su puesto,

siendo reemplazado por Carla Vizzotti, segunda de ese ministerio. El escándalo se dio en medio de escasez de vacunas y por un favoritismo o militancia política el uso de locales partidarios para que se inscribieran diferentes ciudadanos, para ser vacunados, que actualmente está en revisión en el ámbito de la Justicia por una denuncia, realizada a las autoridades pertinentes.

Se ejemplifica en la siguiente tabla datos cuantitativos en relación a la pandemia durante 11/03/20 al 1/03/21¹⁷²

Hab.del país	Casos confirmados	Fallecidos	Vacunados
45.376.763	9.007.753	127.494	10.079.394

Quizá si la gestión de las vacunas hubiese sido más equitativa (en la compra, en la distribución, en la aplicación) el número de fallecidos hubiere sido menor.

La toma de conciencia de los TS en Argentina:

Enmarcado en esta investigación “Teoría y practica del Trabajo Social en tiempo de Pandemia”, se pacta utilizar el término “toma de conciencia” para iniciar una discusión, un debate conceptual referido a diferentes marcos teóricos que se verán reflejados en el trabajo de campo de cada TS. Se ha analizado la toma de conciencia como un concepto plausible de ser mirado desde la óptica de diferentes autores y a mi modo de ver, ampliando tal concepto, utilizado en momentos de emergencia, de dimensión global como es la pandemia por COVID-19.

De esta revisión surge que no existe a la fecha en nuestro país, bibliografía específica de toma de conciencia en el campo del TS, pero se trata de incorporar a la “toma de conciencia”, como una habilidad que se va desarrollando en la medida que se interactúa en los ámbitos interno y externo”. Existen publicaciones a nivel internacional de artículos, y sitios web en donde aparecen datos y descripción de situaciones específicas como guerras, riesgos ambientales, humanos como en la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que contribuye a brindar información, pero no específicamente sobre la toma de conciencia y el campo del TS.

Toma de conciencia no es una capacidad que se adquiere desde el nacimiento, sino que es una habilidad que se va desarrollando en la medida que se interactúa en los ámbitos interno y externo (Goodman, 2007).

Existen mucha bibliografía al respecto con autores como Jean Piaget o Paulo Freire que fueron analizados por las colegas de otros países, por lo que se analizará con otras miradas como la de la Gestal (Goodman) y el Lenguaje del cuerpo (Lowen) que nos acercan a tomar conciencia en situaciones inéditas, que puede ser aplicado por el colectivo de los Trabajadores Sociales en esta situación tan particular donde han tenido que gestionar

Toda toma de conciencia conlleva elementos afectivo-mentales, donde a partir de una vivencia o vivencias, el individuo se da cuenta de su realidad interna o de la realidad externa. En la medida que el individuo atraviesa por el camino de la vida, el proceso experiencial le permite darse cuenta de lo que sucede en el entorno (intra o extraambiental).

La toma de conciencia involucra elementos intuitivos, tomando la intuición, desde la fenomenología, como la capacidad de captar la realidad tal cual ella es. El individuo a partir de un

¹⁷² Cuadro elaboración propia. Fuente Ministerio de Salud.

proceso de crecimiento personal y espiritual tiene la habilidad de darse cuenta de lo que realmente sucede en su entorno. Sin embargo, en la sociedad abigarrada, quizá en la cual vivimos, no todos tienen la capacidad de darse cuenta de la realidad y viven inmersos en la irrealidad, y refuerzan este hecho como parte de su vida y creen que los otros deben estar también inmersos en esa ficción.

Entonces, en este contexto, si no hay toma de conciencia, la toma de conciencia resultara muy dificultosa.

¿Es posible cambiar la realidad sin conocerla? Tanto la realidad interna como la externa deben ser conocidas para una transformación del ser o de la sociedad. Ambas transformaciones están intrínsecamente relacionadas y hay un traslape existencial entre ellas. Se puede decir que si no hay una toma de conciencia individual, difícilmente se pueda ir logrando una toma “de-conciencia”

¿Y qué es la toma de conciencia? Desde el enfoque psicológico de la gestalt, la toma de conciencia es la capacidad de darse cuenta de cómo la persona funciona como ser orgánico (mente, emoción y cuerpo), como ser social, como sujeto transpersonal y también como ser ecológico.

Podemos definir “la toma de conciencia es la capacidad de ver la realidad interna a través de lo irreal enmarañado, y ver la capacidad de la realidad externa a través de la red de espejismos emergentes”-

Existen varios tipos de toma de conciencia, y desde la Gestalt social, se pueden plantear las siguientes. Toma de conciencia, individual, social, transpersonal, ecológica. e La toma de conciencia individual involucra el darse cuenta de las sensaciones, emociones y pensamientos que ocurren en el ser orgánico. El individuo desde que nace va adquiriendo la capacidad de darse cuenta de su funcionamiento como persona. En la medida que transcurre el tiempo, el niño es cada vez más consciente de su cuerpo, interactuando con sus propias necesidades y las necesidades del entorno. Sus necesidades físicas son más importantes, y espera que sus padres cubran las mismas en la medida que vayan emergiendo. Cuando la persona llega a la adolescencia es cada vez más consciente de la dinámica, no sólo de su cuerpo, sino también de sus emociones y pensamientos. El juego de las polaridades emocionales ya no es tan automático, el propio adolescente se da cuenta que puede controlar y manejar sus emociones. Y cuando llega a la edad adulta, el sujeto, que ya maneja mejor sus sensaciones y afectos, toma más conciencia de sus pensamientos y es capaz de ampliar su capacidad de darse cuenta, en todos los aspectos. Entonces, en la adultez el sujeto ya puede ser capaz de darse cuenta de sus sensaciones, de sus emociones, de sus pensamientos y de su relación con el entorno.

EL rango de toma de conciencia varía de persona a persona, conforme su formación, su experiencia de vida y/o su entrenamiento. En esta última opción, de formación, aparecen los grupos de crecimiento personal, los grupos de encuentro, los grupos maratónicos, y otros tipos de grupos que posibilitan desarrollar la habilidad de toma de conciencia individual. Y este desarrollo será la base para la toma de conciencia social, transpersonal y ecológica.

De todas maneras, la toma de conciencia individual también se desarrolla de acuerdo a las vivencias emergentes en la vida cotidiana. La humanidad avanza de una etapa infantil, hacia etapas más avanzadas en el transcurso de tiempos en centurias o milenios.

La toma de conciencia social es darse cuenta de los ámbitos familiar, grupal y social, y ver cómo estos afectan la percepción, las actitudes y los comportamientos del individuo en lo personal y lo interpersonal. La toma de conciencia social surge cuando el niño se da cuenta del otro (madre,

padre, hermanos, etc.), y verifica que el mismo le afecta de una determinada manera, llenando o no sus necesidades básicas. En la adolescencia, el individuo se relaciona mucho más con los otros y reacciona positiva o negativamente a la dinámica emergente. En la adultez, las relaciones humanas son mucho más complejas, con muchas más variables inmersas, donde no sólo está el afecto o el desafecto. Las personas, en su relación con el entorno social, usan el razonamiento concreto, y por sentido común, se da cuenta de lo que sucede en el medio

Si el individuo ha desarrollado la toma de conciencia individual para conocer su propio funcionamiento, entonces, le será más fácil darse cuenta del funcionamiento del entorno, y así desarrollar la toma de conciencia social. Le será más fácil, al individuo o al grupo, desarrollar la conciencia grupal. Esta conciencia es la capacidad de sentirse miembro o parte integrante de un grupo, de un todo. Esto puede empezar a darse a través de la membrecía, la identificación, el compromiso y terminar en la inclusividad.

Metodología

Entrevistas, Construcción, Estudio de casos

Los objetivos establecidos en el proyecto internacional “Theory and Practice of Social Work in Pandemic Times” dan origen al diseño empírico de la presente investigación, coordinado por la Prof. Alexandra Mustafá perteneciente a la Universidad Federal de Pernambuco, Brasil.

Desde Argentina, se comparten los aspectos metodológicos acordados por el equipo internacional de investigadoras: enfoque cualitativo, entrevistas focalizadas de donde se extraen los datos y análisis del estudio de casos y la conclusión.

La aplicación y estudio se llevó a cabo en la Provincia de Buenos Aires. Las entrevistas fueron seis: 5 en Distrito de Tigre, y 1 en Universidad Nacional de Luján con sede en San Miguel. Las mismas fueron realizadas entre abril y octubre del año 2021, por la asistente social investigadora en forma digital, debido a las restricciones, previo a encuentros virtuales para explicar el proyecto, dar a conocer el cuestionario y la gran importancia de la colaboración de cada Trabajador Social (TS), al brindar las respuestas y el tiempo compartido en sus respuestas. Las entrevistadas se seleccionaron teniendo en cuenta diferentes ámbitos públicos, entidades de educación, salud, justicia y una universidad.

El acercamiento ha mostrado las diferentes vivencias de los profesionales, sus momentos traumáticos en lo referido a su actividad y en lo personal.

El encuadre ha sido observar la práctica del trabajo social en momentos de pandemia y su relación con las personas, necesidades y recursos de dichas comunidades, que marca el punto de partida del presente texto, en una situación de emergencia social que impactó mayoritariamente a la población mayor de 70 años y a sujetos con enfermedades preexistentes crónicas que ha mostrado cierta fragilidad en los servicios de protección social y sanitaria.

Todos los TS, se mostraron complacientes e interesados en formar parte de la propuesta, participando en el proyecto a través de las entrevistas. Se infiere compromiso y voluntad en los mismos.

Las preguntas se vinculan con la toma de conciencia, la percepción de la misma durante la pandemia, el contexto, la dimensión ética y política y la postura de los gobernantes y responsables de los organismos públicos y privados, nacionales, locales e internacionales, la toma de decisiones,

el marco teórico de su profesión, el apoyo gubernamental y su práctica profesional en situaciones de riesgo.

Reflexionar y participar en la toma de conciencia, desde el Trabajo Social implica llegar, al potencial existente para superar la situación-problema.

A partir de la toma de conciencia, y el desarrollo de estos conceptos, podrá relacionar cada investigador la temática propuesta en las entrevistas, que surgen del presente Proyecto

El Trabajador Social en tiempos de Pandemia, mediante el análisis de la situación, un accionar en equipo multidisciplinar, su compromiso, un trabajo en red, su reflexión, puede llegar a posibles modificaciones en diferentes aspectos que deban ser modificados y aportando su quehacer profesional como un aporte necesario, pero también en su intervención deberá realizar las críticas necesarias repensando la forma de intervenir ante esta pandemia.

Un poco de historia en la Carrera del Servicio Social Argentino.

Esta investigación, además de ser una propuesta con objetivos muy específicos, puede quizá ser un espacio abierto a la reflexión, a la discusión del colectivo profesional sobre la identidad, el origen, la elección, y el desarrollo de la profesión.

Creo que indagar acerca de los procesos identitarios y sus representaciones sociales en Trabajo Social, de alguna manera tiene relación con la construcción histórica de dicha profesión, por tal motivo se realiza una recorrida en una línea de tiempo.

Es destacable que la historia del Trabajo Social en nuestro país ha pasado por grandes transformaciones, desde las primeras acciones benéficas realizadas por la iglesia y damas de la alta sociedad, y los diferentes periodos en donde irrumpieron varios gobiernos militares que cercenaron la democracia y libertad de la Argentina y que a continuación se detallan:

- José Félix Uriburu 1930-1932
- Autodenominada Revolución del 43 , 1943-1946
- Autodenominada Revolución Libertadora 1955-1958
- Dictadura 1962-1963 único caso en el que fue encabezada por un civil José María Guido
- 24 de marzo de 1976, fue derrocado el Gobierno de María Estela Martínez de Perón por un golpe de Estado encabezado por las Fuerzas Armadas, siendo toda esta cronología un dato a tener en cuenta

El período 1830 y 1890, fue importante y es en donde se sanciona la Ley de Educación 1.420 (1884), estableciendo una educación primaria común, gratuita y obligatoria, en un contexto histórico que llevó a su promulgación, dando una importancia al reposicionamiento de la mujer y su tarea social. Asimismo dio origen a la actual educación, quitando de alguna manera poder a la iglesia y sus acciones con la comunidad.

Con Sarmiento, presidente de nuestro país, época de inmigración, les modifica en cierta manera la acción benéfica a las mujeres, nacen las casas Esposito, Casa Cuna actual, Hospitales como el Pedro Elizalde, Casas de Niños huérfanos, Hospital Gutiérrez, Hospital Santa Lucia, Hospital de Mujeres, actual Hospital Moyano, siendo el Estado mayormente presente a las diferentes necesidades. En 1943, el Estado limita acciones benéficas a la Sociedad de Beneficencia, como se explicara más adelante.

En 1924 se creó la primera Carrera de Visitadoras de Higiene Social, y en 1930 la Escuela de Servicio Social, ambas dependientes de la Universidad Nacional de Buenos Aires.

En 1947, el Gobierno de Juan D Perón interviene la Sociedad de Beneficencia, pasando a depender de la Dirección Nacional de Asistencia Social con la figura fuerte de Eva Perón (esposa del presidente Juan Perón). Se expropiaron sus bienes, organizando cambios insertándose las primeras Asistentes Sociales en el ámbito laboral, perfilándose como una “profesión más reconocida”.

En este contexto Svampa (2005) da cuenta de un Modelo de Integración de tipo Nacional y Popular que se produjo durante el primer peronismo (1945-1955). Ese periodo se caracterizó por la sustitución de importaciones, reconocimiento de los derechos sociales y homogeneidad social con la inclusión de la clase trabajadora y expansión de las clases medias asalariadas.

En este sentido, la profesión del TS va teniendo sus restricciones y frente a la falta de respuestas hacia la sociedad se va dando a partir de 1965, una re conceptualización del Servicio Social frente al Social Works

Luego, a partir de la década del 70, se producen cambios en el orden económico. El primer intento se da después de la muerte del Presidente Perón en Julio de 1973. Allí asume el poder su mujer María Estela Martínez. El 4 de Junio de 1975, su Ministro de economía Celestino Rodríguez promueve un profundo ajuste con inflación y devaluación aumentando las tarifas y limitando las paritarias. Hecho inédito en Argentina con el que se intenta poner fin a las políticas nacionalistas y reformistas. La segunda tentativa se da con Golpe de Estado del 24 de Marzo 1976. Durante la década 70 y 80 mientras se iban instalando dictaduras, en otros países de la región como Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Brasil, entre otros, también se fue expandiendo la guerrilla y los conflictos armados

Es necesario considerar estos antecedentes para comprender la aplicación de políticas enmarcadas dentro del programa neoliberal.

En consecuencia, estos gobiernos dictatoriales, para imponer un plan de reestructuración económica, no solo apuntaron al exterminio y el disciplinamiento de algunos sectores sino que además generaron endeudamiento, desindustrialización y desempleo con serias repercusiones en la estructura social y productiva de nuestro país.

Con el gobierno de Alfonsín (1983-1989) no solo viene la democracia en nuestro país sino también se produce caída de inversiones externas, fuga de capitales y record inflacionario, causas que originaron retirada anticipada del presidente. Por lo tanto en el medio de una crisis estructural, con una sociedad empobrecida, plagada de desigualdades sociales y polarizadas le sucede el gobierno de Carlos Menem (1989-1999). Sus políticas, recomendadas por los organismos internacionales (Svampa 2005), profundizaron el modelo implicando más del 20% de desocupados de la población.

Frente a la ciudadanía con goce de derechos este modelo propone una figura de *no ciudadanía* a los sectores más vulnerables. Como asegura la autora “...este proceso de des ciudadanía comprende no solo la dimensión política-social (referida a la pérdida de derechos sociales y laborales), sino también a la dimensión política (la participación y el acceso a decisiones) restringiendo entre otras cosas, la participación de los sujetos y de las organizaciones populares en los espacio de decisiones colectivas” (Svampa 2005, Pág. 76)

Ante la pérdida de derechos laborales se implementan políticas sociales focalizadas desarrollando una dinámica resocializadora, mostrando con ello que su función no solo apuntaba

a una gestión sobre las necesidades básicas, sino a controlar la vida de la población más afectada por las condiciones económicas desiguales.

El año 2001, recordado por una gran crisis, fue escenario de un desmembramiento social importante, caracterizado por la pérdida de estatus social de gran parte de la clase media argentina, por lo cual, se produce un proceso empobrecedor de este sector social, que conlleva una exclusión no sólo material sino también simbólica. Las clases medias se empobrecen, pierden sus trabajos y sus ámbitos de socialización se modifican. La contención social se evidencia a través de la amplia distribución de los planes sociales. En las ciudades y pueblos de todo el país, comienzan a surgir cooperativas barriales, trueques (cambio de servicios por alimentos por ej.), siendo los TS figuras fundamentales para la organización de las diferentes comunidades, frente a una de las crisis más fuertes de nuestro país.

A partir del 2002, los nuevos planes (subsidios compensatorios) mostraron una continuidad con el modelo anterior, transformando el modelo de ciudadanía asistencial –participativo que el neoliberalismo otorgo a los excluidos. Según los aportes de Svampa en el marco de esta sociedad excluyente, las organizaciones populares lograron desarrollar nuevas formas de participación, los desocupados desde el fondo de la descomposición social gestaron nuevas formas de lucha y auto organización territorial. Estas se expresaron a través de la ocupación del espacio público, protestas en las plazas, cortes de calles y rutas, asambleas populares durante la Crisis del 2001.

Lo anteriormente descripto nos lleva a interpelar el rol del trabajador social. Por lo tanto, debe entenderse al Trabajo Social en Argentina, bajo la mirada de una perspectiva crítica de las relaciones sociales de la sociedad capitalista, que muchas veces tienen que ver con las grandes desigualdades sociales, buscando caminos desde dicha profesión con un gran compromiso por los derechos humanos y la profundización por el estado democrático.

En relación al ejercicio profesional, este atravesó por diferentes concepciones a lo largo de los diferentes contextos descriptos hasta llegar a 1995 donde se conforma el Comité del Mercosur de Organizaciones profesionales de Servicio Social o Trabajo Social. El mismo integrado por Argentina, Brasil, Uruguay y Paraguay con el propósito de fortalecer los lineamientos filosóficos, éticos y políticos de la profesión para las organizaciones profesionales de TS del Mercosur. Posteriormente, en nuestro país se promulgó la Ley 27.072/14 del ejercicio profesional, vigente hasta la fecha. (Fink- Mamblona. Pag.67-69)

Por otra parte, nos parece oportuno para analizar las transformaciones sociales ocurridas durante ese periodo de crisis en Argentina, traer los aportes de Merklen referida a las categorías *desafiliación -re afiliación* quien para nombrar a los sectores sociales que fueron expulsados del sector productivo y la vinculación social que genera el tener una fuente laboral, caracteriza dicho proceso como “desafiliación”. El autor señala que los sectores empobrecidos establecieron formas de re afiliación mediante vinculaciones territoriales a través de movimientos sociales, movimientos piqueteros, que buscaban bajo distintas modalidades de organización social colectiva la búsqueda del restablecimiento de los derechos sociales perdidos durante la presente etapa neoliberal.

El espacio donde se inscribían las luchas por los derechos sociales perdidos, era el territorio barrial, las personas buscaban re afiliación a través de distintas actividades con organizaciones sociales que le permitían obtener beneficios y ayuda social (programas de asistencia focalizados) como asimismo establecer vínculos de solidaridad entre compañeros de movimientos sociales.

Posteriormente las organizaciones buscaron ser reconocidas por el Estado y gestionar parte de la ayuda social que daba el Estado nacional y los Estados provinciales. Ante tal situación el Estado cambió de estrategia ya que en un primer momento confrontaba contra las organizaciones barriales y populares pero después ante la diversidad de demandas, cambiaron a una estrategia de cooptación y cooperación por lo cual las organizaciones pasaron a gestionar parte de las políticas sociales.

En este periodo neoliberal es interesante recordar los intereses políticos y económicos de los Organismos Internacionales, quienes buscaban un disciplinamiento social, manteniendo un ejército de desocupados listos para reemplazar a los caídos de la clase trabajadora.

Respecto a la etapa comprendida entre el 2000 al 2015 mencionada por Thwaites Rey, expresa que a partir del año 2000 en la región Latinoamericana se retoma una postura crítica frente al neoliberalismo, buscando restablecer el peso del Estado en el sector público y en sectores estratégicos de la economía de cada país, teniendo sus matices y formas específicas de materialización.

De tal manera, en un contexto pos neoliberal , aún marcado por una fuerte globalización expresada a través de instancias supranacionales en nuestra región se dieron procesos de estatización de empresas privadas, reformas constitucionales en algunos países, expropiaciones, legislación de nuevos derechos sociales, por lo cual podemos afirmar que a pesar de la existencia de la presión de los poderes supranacionales, los Estados-Nación tienen cierta autonomía y soberanía para desplegar acciones en sus territorios.

Los aportes de los diferentes autores expuestos, nos aportan marcos teóricos para repensar las representaciones sociales sobre el rol del TS-

La pandemia y acción de Trabajadores Sociales:

El diseño de la presente investigación en concordancia con el Proyecto Internacional, mencionado con anterioridad expone el proceso de toma de conciencia frente a la pandemia de COVID-19 de las seis TS de Argentina, incluidas en este punto.

En el siguiente cuadro se expone el perfil de las TS participantes, y diferentes datos técnicos para el posterior análisis.⁽²⁾

Trabajador Social	Organismo intervención	Antigüedad/ institución	Función	Entrevista por
1	Salud Munic.	17 años	Equipo isla	Video-confer.
1	Minist. Justicia	10 años	Equipo	Video-confer.
1	Minist.Educación	20 años	Orient.social	Video-confer.
1	Minist.Educación	19años	Orient.social	Video-confer.
1	Minist.Educación	21 años	Orient.social	Video-confer.
1	Univ.Nac.Luján	1 año	Estud.pasante	Video-confer.
Total: 6				

2. Cuadro elaboración propia. Fuente Entrevistas TS

Todas las TS previo a ser entrevistadas, fueron informadas sobre el presente proyecto internacional, garantizando condiciones de confidencialidad. Sus aportes valiosos, tendrían uso académico y científico, siendo el proceso de toma de conciencia un aspecto altamente valorado y de reflexión profesional. Se brinda un agradecimiento a las colegas entrevistadas, por su compromiso, su flexibilidad y tiempo.

Existe coincidencia, en la descripción de los TS entrevistados referidos al comienzo de la pandemia en febrero del 2020 y su rápida propagación, se presentan palabras textuales de dos de las entrevistas, se acentuaban al ver que lo que comenzó como una cuarentena se extendió al cierre total de escuelas y universidades en ese año, que las instituciones de salud atendían los casos de covid19 y muy pocos casos de enfermos con otras patologías. Se observa un rápido aumento de casos a pesar de la prohibición de salir. La información provenía de los medios de comunicación, que de acuerdo a la fuente eran diferentes, y el Ministerio de Salud hace hincapié en “no salir”, más que en explicaciones claras sobre el virus, que por otra parte de acuerdo a los especialistas en virología eran antagónicos. Así lo manifestaron los entrevistados:

Quando en Argentina, comenzamos a escuchar acerca de esta pandemia, se la veía, como algo que estaba en Oriente, y no llegaría a el continente americano, sobre todo a Sudamérica.(TS)

Además, nuestro Ministro de Salud Ginés García, decía que era un virus que no llegaría a nuestro país, y que aquí estábamos preparados, cosa que tampoco era cierto. En Buenos Aires había más centros de salud y hospitales, pero en el interior de otras provincias, no existía infraestructura suficiente, ni personal de terapia intensiva para atender muchos casos, realidad que luego se pudo comprobar. (TS)

El momento en que comienzo a considerar la gravedad del asunto es cuando la OMS declara la pandemia como tal, y así el aumento de casos en la Argentina y demás países. Este estado de conciencia de la gravedad de la pandemia fue progresivamente asentándose al ver que las medidas de cuarentena se extendían en Argentina, y así las restricciones de las actividades socio-humanas. (TS)

Para poder responder esta pregunta se hace necesario retornar al inicio de la pandemia, la cual no fue percibida como tal hasta fines de febrero y principios de marzo del año 2020, donde los medios de comunicación evidenciaron las consecuencias que estaba provocando en ese momento en Europa y la velocidad de propagación que tuvo el mismo. Las mismas fueron catastróficas, afectando al conjunto de la población, sin distinción de sexo, edad, raza. (TS)

Si analizamos la confianza en las autoridades y el tiempo en que se dieron cuenta de la realidad pasaron dos meses, la política sanitaria según las TS no fue suficiente y marcó situaciones diferentes en Capital Federal y el resto de las provincias e interior del país. Casi no se realizaban tests, a pesar de las recomendaciones de la OMS ,que asesoraban seguimiento y mediciones de las personas infectadas .Los datos llegaban a Buenos Aires desde las diferentes provincias ,con bastante tiempo de retraso y los mensajes de los medios de comunicación “culpaban a los ciudadanos por salir o desobedecer .

Todas las entrevistadas, fueron tomando conciencia de la situación en forma anticipada, ya que en otros países (Europa) aparecían gran cantidad de contagios, personas fallecidas y el estar en situación de confinamiento hacía pensar en algo muy dificultoso de prevenir, desconocido.

Esto lo podemos observar en los dichos de los TS

A medida que se iba agravando la situación, a nivel mundial y en la Argentina en particular, respecto de los casos, pero también de la falta de insumos y personal de la salud insuficiente para la demanda. También al tomar conocimiento de las personas conocidas afectadas por contagio y algunas por fallecimiento.

Contribuyó también el hecho que la población al no poder continuar trabajando se vio más complicada y desde los estados la política para asistir a la población no fue suficiente. (TS)

La gravedad de la pandemia, percibida como tal ha sucedido a finales de marzo y principio de abril del año pasado. Si bien se conoce que sus comienzos sucedieron en enero de ese año, el estar diferenciados de Europa, interprete que sus efectos no iban a afectar a nuestro país (Argentina), cosa que no sucedió así.

Tomar conciencia de esta situación, la rapidez con la que se estaba propagando hacia todo el mundo expreso la magnitud de este virus y sus efectos nocivos, no solo a la salud sino al entorno (laboral, social, emocional) de los seres humanos. Fue justamente estas últimas que puso en jaque que no se trataba solo de una gripe, sino que era un virus cuya rapidez de propagación y efectos hacia las personas eran perjudiciales. (TS)

Los hospitales públicos en la provincia de Buenos Aires, resultaban insuficientes, y los recursos humanos del mismo modo.

Compromiso y gestión

Se puede analizar este punto teniendo en cuenta respuestas de las TS, que la articulación con otras instituciones fue un eje fundamental frente a la falta de respuesta de las autoridades, esto se ve en la siguiente transcripción:

Se intensificó el contacto telefónico y por plataforma para hacerle llegar algunos recursos que se brindaban desde los estados. Se articuló con instituciones varias para poder dar respuestas a las distintas necesidades (con poco logro de las mismas) y se trabajó con la escucha y problematización, sobre distintas demandas. Es importante destacar que las intervenciones realizadas por TS, se vieron afectadas por las no respuestas por parte de los estados y por lo tanto produjo en la población mayor descontento.....Por otro lado, al recibir escasas respuestas por parte del estado, la comunidad se empodero y en esto también tuvo participación el TS. (TS)

Por lo tanto se vio en forma clara que la comunidad se empodero, siendo los TS los que acompañaban dicho proceso, se plantearon líneas de acción gestionando la promoción de talleres (Violencia, Violencia de género, Educación sexual integral), seguimientos y derivaciones en casos que lo necesitaban, planteando una comunicación virtual más profunda(siempre que las familias contaran con internet), en este sentido se planteó la comunicación como un desafío .Ese desafío era poder planificar un esquema de comunicación que incluyera a los estudiantes sin internet o con señales débiles. Pero la importancia de esa comunicación también debía ser presencial por las necesidades de alimentación o medicación por tratamientos específicos que manifestaban algunas familias: tal era el caso de los estudiantes de islas por ejemplo ya que la lancha no concurría asiduamente.

Las acciones puntuales estaban dirigidas al contacto con las familias a través de la actualización de los datos, su ficha de inscripción, matrícula para conformar una nueva base de datos que incluya tel. de vecinos amigos, las redes sociales y la red barrial. Esto se observa con claridad en la voz de un entrevistador:

Cómo comunicarnos con nuestros estudiantes y sus familias., sabiendo que la mayoría no tiene acceso a internet, no tienen dispositivos tecnológicos acordes a lo que se iba a necesitar, o contaban solo con uno para una familia numerosa, no contaban con teléfonos de línea. (TS)

La mayor dificultad se nos presentó con los estudiantes de primer año, ya que tienen menos compromiso tanto con la institución como con el hecho educativo. Generalmente son, jóvenes y adultos que se inscriben en la escuela, luego de reiterados fracasos en el sistema educativo, por lo cual llegan sin expectativas, para conocer una nueva experiencia y ver cómo les va. (TS)

Como se explicó con anterioridad lo primero fue planificar la Comunicación, con estudiantes y familias. Antes de la Pandemia, ese intercambio se daba naturalmente en el espacio escolar. Mi primera función como TS fue armar una agenda de datos, organizar prioridades, constatar los datos de las fichas de inscripción escolar. El contacto fue con un 75 % aproximadamente de los estudiantes de primer año, algunos por teléfono de línea, otros por celulares. Se brindó una explicación sobre la situación y que utilizaríamos redes sociales (Facebook e Instagram). Se compartieron actividades académicas y si era posible que ellos se comunicaran con los compañeros faltantes. (TS)

También se evidenciaron en las entrevistas, el rol del TS como agente de prevención, y además en la incorporación de hábitos de higiene, uso de alcohol, desinfectante, y la distancia social, no compartir el mate (costumbre muy arraigada en nuestro país), los lugares de trabajo con disposiciones diferentes que incorporan dos metros de distancia entre sí, entre otros, carteles de advertencias y material informativo que se exhibe en puertas y paredes. Alguna de las TS, actuaban utilizando el “sentido común”, cuando no llegaban órdenes en forma rápida y operativa. En muchos casos, esta conducta ayudó a que las personas no entraran en pánico.

Experiencia, aprendizaje, propuestas de formación en Trabajo social

Sabiendo que la realidad social es dinámica, compleja los entrevistados consideran que debería haber un marco teórico potente para trabajar la investigación en acción. En este sentido brinda muchas fortalezas el trabajo colectivo, con otras instituciones y con líderes locales, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, además del campo académico que ofrece la universidad entre otros, de acuerdo a lo expresado por los entrevistados:

Poder trabajar como profesionales en el diseño de Políticas Públicas debería ser un objetivo a crear, somos trabajadores que todo el tiempo estamos junto a las personas vulnerables, ancianos, privados de la libertad, en situación de calle, en las escuelas, en los Centros de salud, de Justicia y otros que realmente deberían escuchar la información que recolectamos cada día de labor. (TS)

Uno de los aspectos que revalorizan los TS se refieren a la “planificación” si la entendemos a la misma como un proceso que obliga a reflexionar acerca de los mejores modos de establecer buenas prácticas, a modo de una reflexión del TS sobre los distintos

componentes de su práctica, poniendo en juego todos los conocimientos que posee desde su experiencia en el rol, tal es expresado por entrevistados.

Otro aspecto que surge de las entrevistas es que en los primeros meses de aislamiento obligatorio, de alguna manera se trató de infundir miedo por parte del gobierno y autoridades del Ministerio de Salud. Para las autoridades mencionadas, los ciudadanos serían responsables directos de contagio. Descuidando la atención de la esfera emocional y psíquica, cuyos resultados se observan en la actualidad. Los TS en su totalidad han adherido a diferentes iniciativas, que ponen de manifiesto una nueva manera de intervención con nuevos protocolos, nuevos espacios físicos, diferentes medios de comunicaciones, digitalizaciones, redes, trabajo en equipo. Por otra parte se indica y resalta que se necesita trabajar el impacto de la pandemia con una mayor cantidad de herramientas, por ello es importante trabajar estos temas en las Universidades que forman a los TS , en los Colegios profesionales para contar con metodologías específicas para estas situaciones críticas , reflexionando y compartiendo con pares , siendo claros los discursos y jerarquizando la práctica profesional, sistematizando los recursos académicos , preparando líderes profesionales que puedan intervenir y gestionar no solo en forma individual ,sino en equipos de trabajo multidisciplinar , reconocidos como otro miembro más de ese equipo ,y no, como sucede en oportunidades cuando pierde visibilidad su rol.

Tener recursos, intercambio profesional, posibilidad de contar con datos organizados de las experiencias realizadas sería otro aspecto a desarrollar. Cambiar las posturas que a veces perduran de asistencialismo en primer lugar, es otra consideración a revisar.(TS)

Sumado a lo anterior, los debates a cerca de las posturas asistencialistas, mesiánicas o fatalistas, interpelan a los profesionales porque obstaculizan la su práctica, se expresa:

Desde la docencia considero que es necesario fortalecer la importancia de trabajo grupal y la necesidad de contar con una planificación, entendiendo que la misma no es estática que se puede modificar. (TS)

Cambiar las posturas que a veces perduran de asistencialismo en primer lugar, es otra consideración a revisar, en pandemia en algunas situaciones solo se gestionaban recursos materiales, perdiendo la posibilidad de la entrevista presencial, la mirada , que a pesar de la pandemia muchas veces era tan importante que la vacuna. Aprender a liderar y gestionar sin equipos resulta mucho más difícil en momentos críticos, también la parte emocional del Trabajador Social debe ser atendida. (TS)

CONCLUSIONES

La presente investigación ha puesto de manifiesto la importancia de la labor social de los TS y en forma paralela su compromiso y profesionalismo frente a situaciones como la actual pandemia.

Luego de analizadas las entrevistas y, teniendo en cuenta el rol, la labor social y el contexto en donde se ha desarrollado esta muestra se puede inferir que los TS entrevistados de acuerdo a su información han sentido temor por la pandemia y no han tenido preparación específica para enfrentarla, pero, luego de la toma de conciencia aparecen necesidades de redoblar esfuerzos para luchar para el mejoramiento de los sectores más vulnerables, desde una profesión que día a día tiene un punto de vista más científico que asistencial, tratando de cambiar algunas situaciones aunque sean parciales.

Fue difícil aceptar una realidad completamente desconocida, tener incertidumbre ante una enfermedad desconocida, con ausencia de tratamientos, gran cantidad de morbilidad, un confinamiento difícil de aceptar, y recibir información dispar.

Las TS entrevistadas vivieron momentos críticos desde el inicio y durante la pandemia en lo personal, familiar y profesional.

Sintieron que fue muy rápido el tiempo entre la toma de conciencia, darse cuenta de lo que sucedía y su accionar. Sufrían ante las noticias inquietantes, y las medidas poco claras y cambiantes de las distintas autoridades de salud.

El cambio producido en su forma de trabajo, también fue impactante, dejar de lado las entrevistas, las visitas domiciliarias y comenzar con el teletrabajo fue un cambio drástico. No contar con recursos suficientes para atender la demanda, produjo angustia, además de la extensión del tiempo de trabajo diario.

Cada TS supo abordar la emergencia social, pero paralelamente fue dando lugar a un acompañamiento profesional, ante la situación económica devastadora, la falta de clases en niños y jóvenes, en la atención de ancianos sin familia cercana y la aparición de más grupos familiares sin vivienda.

Las diferentes acciones desarrolladas por las TS desde cada uno de los servicios coadyuvaron a que cada una de las familias y sujetos fueran atendidos, acompañados emocionalmente, brindando la cobertura que se pudiera, sanitarios, en el duelo y siendo nexos entre las instituciones y las personas de esas comunidades.

Se tuvo que luchar frente a la burocracia estructural, la falta de insumos, contra las indicaciones y contraindicaciones permanentes, y las contradicciones.

Cada TS luchó frente a sus propios miedos alcanzando límites laborales y expandiendo los mismos, sintiendo cansancio y soledad.

De alguna manera su labor no es muy reconocida, a pesar de sus posturas, compromiso y ética, es en oportunidades su apreciación.

Tanto la salud, como la educación y la justicia han presentado deterioros desde hace varias décadas, que aumentaron frente a esta grave situación y está claro al observar como la población en general a principio del año 2020 tenía confianza en las autoridades, y con el tiempo y algunas acciones cometidas por el poder político deterioraron e interpelaron ese accionar o falta de ética.

Se demanda una convocatoria a la construcción de un nuevo modelo de liderazgo que reemplace a la cultura política en general proponiendo la confrontación, de una cultura del encuentro y del consenso que tan necesaria es en el marco de la crisis por la Pandemia por Covid-19

Se exige sentar a la misma mesa a todos los actores de poder involucrados en las cuestiones centrales de la vida de la nación y específicamente a los trabajadores sociales, quienes intervienen en el territorio, en el diseño y planificación desde su trabajo y así poder pensar y desarrollar políticas públicas plurales, estables a lo largo del tiempo que sienten las bases sólidas para empoderar a las familias y desarrollar autonomía en sus vidas cotidianas, sin importar que color político del gobierno de turno.

Por lo tanto, desde este lugar en donde se puede investigar y compartir este proyecto de investigación pienso que se debe interpelar profundamente sabiendo que la intervención se va construyendo desde esos interrogantes acomodándose a estas nuevas complejidades.

Poder comenzar a pensar desde la actuación colectiva y desde un enfoque interdisciplinario, acerca de esta enfermedad no puede ser pensada solo desde la medicina, la biología o la psiquiatría, ya que lo social lo atraviesa totalmente, con un alto impacto tanto desde lo individual y singular como en lo referido a lo territorial, y porque no mundial.

Finalmente, frente a esta posibilidad de investigar, analizar y compartir diferentes experiencias internacionales que dan paso a un profundo aprendizaje, admiración, respeto y afecto entre los colegas entrevistados y los investigadores, existe un GRACIAS.

REFERENCIAS

ALAYON N(2000). Acerca del Trabajo Social. Bs As Edit. Lumen Humanitas.

CAMÚS, J. D. (2016). Las emergencias sociales: Fundamentos e Intervención. Un abordaje desde una disciplina interdisciplinar. ACCI, Asociación Cultural y Científica Iberoamericana.

CONSTITUCION NACIONAL, REPUBLICA ARGENTINA.

Decreto 615/2020. Prórroga. Decreto 1055/2020. PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.) (BO 31/12/2020). Empleadores actividades de salud.

Decreto 300/2020. Prórroga. Decreto 1052/2020. PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.) (BO 29/12/2020).

DOUGLAS, M. (1996). La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales. Edit. Paidós.

HUSSERL, E. (1986). Ideas relativas a una fenomenología pura y a una filosofía fenomenológica. México: Edit. FCE.

KARSZ .S (2006). Pero que es el Trabajo Social. Vol. V. Facultad de TS.UNER.

KISNERMAN N, (1989). Teoría y práctica del T Social. Edit. Humanitas.

LEY 27.573. (BO 06/11/2020) LEY DE VACUNAS.

LEY 27.605. HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN ARGENTINA (BO 18/12/2020).

LOWEN A. (1985). El lenguaje del cuerpo. Barcelona: Edit. Herder

MINISTERIO DE SALUD : Disponible in: <<https://www.argentina.gob.ar/>>.

OMS: INFORME OUTRIGHT /2021. Panel de situación de la enfermedad por coronavirus (COVID-19).

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) Pag. Web, inicio.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2020). Statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Disponible en: <[https://www.who.int/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))>.

PERLS F. GOODMAN, P. y HEFFERLINE, R.F (2002). Terapia Gestalt: Excitación y Crecimiento de la Personalidad Humana. Madrid: Ed. Los Libros del CTP.

PRADO I. (2006). Dinámica de Grupos y Percepción Continua: Un modelo de intervención gestáltica en grupos de crecimiento personal. Cochabamba: Edit. CEGCO.

Prórroga del decreto 99/2019. LEY DE SOLIDARIDAD SOCIAL. Decreto 1057/2020. PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.) (BO 31/12/2020).

REVISTA TEXTOS & CONTEXTOS. Porto Alegre. v.6, n.1, p. 34-68. jan /junio 2007.

ROBLES C. (2013). Trabajo Social como elección profesional. Buenos Aires, Edit. Espacio.

SEJAS PRADO I. Psicólogo, escritor, docente universitario y presidente del PEN COCHABAMBA.

VYGOTSKYJ, L. (1989). El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Barcelona: Crítica.

Datos de la autora:

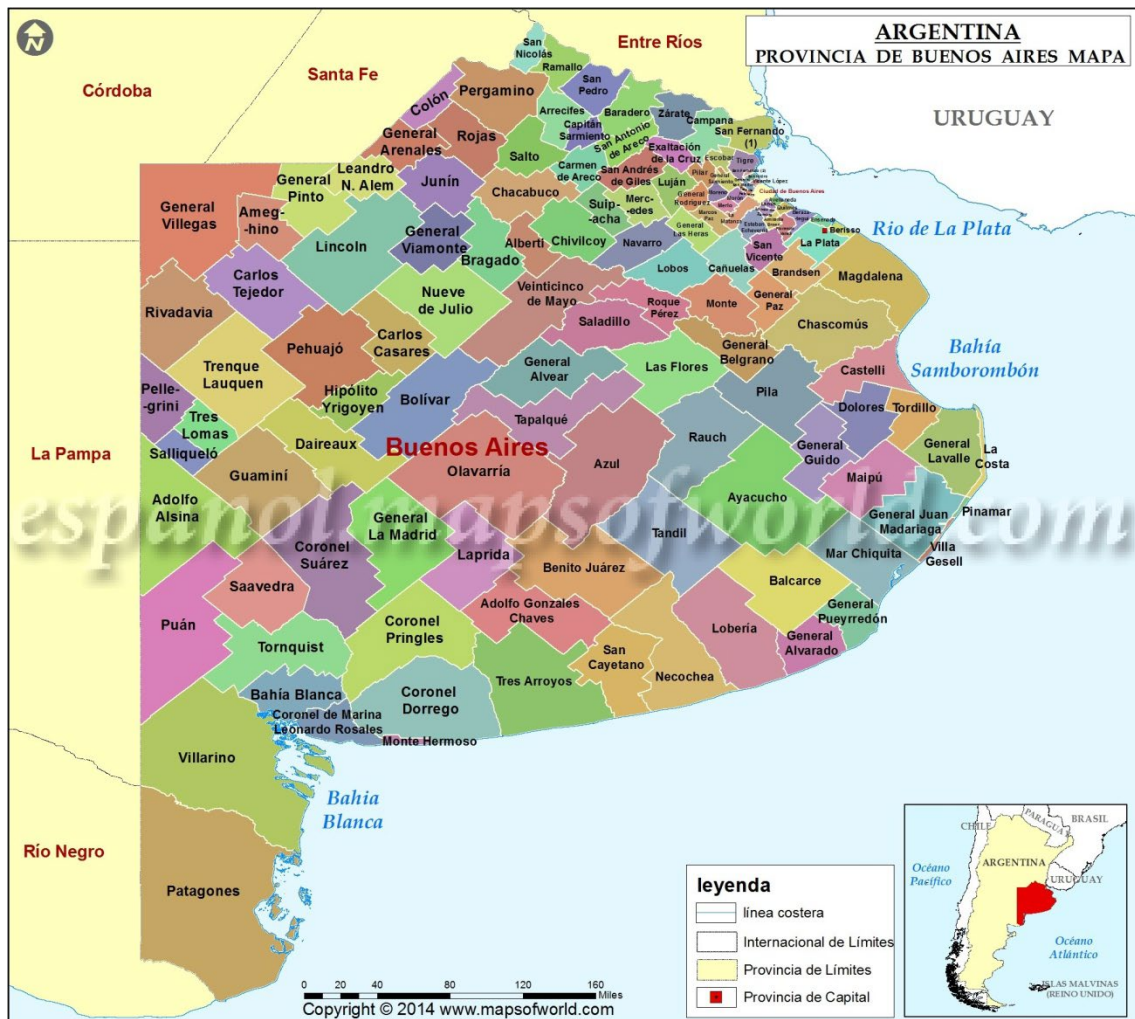
Diana Margarita Crisistelli, residente en Buenos Aires, Argentina.

Diplomada en Trabajo Social, con una Lic. en Gestión y organización E. Profesora en Educación especial y Educación común. Perito Judicial. Pos título en Contextos de Encierro. Jóvenes y Adultos.

Desempeño en Equipo transdisciplinario en escuelas primarias, secundarias y de jóvenes y adultos hasta 1997.

Inspectora de Educación Especial (1997-2005) en Provincia de Buenos Aires. Inspectora de Jóvenes y Adultos (2006_2020) en Distrito de Tigre, Buenos Aires. Actualmente jubilada.

ANEXO



Referencia: mapa de la Provincia de Buenos Aires, República Argentina donde se desarrolló la investigación (Distrito de Tigre), año 2021-2022-

BRASIL

O Serviço Social Brasileiro e a Pandemia de Covid-19: Tomada de Consciência, Teoria e Prática

Alexandra Mustafá¹⁷³
Elizabeth Alcoforado¹⁷⁴
Gisele Caroline Ribeiro Anselmo¹⁷⁵
Márcia Iara Costa da Silva Rego¹⁷⁶
Ramiro Dulcich¹⁷⁷
Salyanna de Souza Silva¹⁷⁸

INTRODUÇÃO

A Pesquisa Teoria e Prática do Serviço Social no Mundo em Tempos de Pandemia se desenvolveu no Brasil com a participação de 11 pesquisadores vinculados às seguintes universidades: Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, Universidade Federal Fluminense – UFF, Universidade Federal da Paraíba – UFPB, Universidade de Pernambuco – UPE e Universidade Federal de Alagoas – UFAL.

Na sua totalidade, foram realizados 25 programas nos quais foram entrevistados 45 assistentes sociais dos Estados de Pernambuco, Rio Grande do Norte e Alagoas, da região Nordeste; Minas Gerais e São Paulo, da região Sudeste e Amazonas, da região Norte do País, conforme pode ser verificado no Gráfico 1.

A maior parte de profissionais entrevistados concentra-se no Estado de Pernambuco, incluindo-se aí profissionais que atuam na Região Metropolitana do Recife e no interior do Estado, nas cidades de Recife, Moreno, Jaboatão, Paulista, Garanhuns, Vitória de Santo Antão, Gravata e Caruaru. Os profissionais de Serviço Social atuam, respectivamente, nos seguintes espaços socio-ocupacionais: Saúde – 51%; Assistência – 14%; Gerontologia Social – 13%; Educação – 11%; Previdência – 5%; Sociojurídico – 2% e Recursos Humanos – 2%. (Gráfico 2).

¹⁷³ Professora da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e Coordenadora da pesquisa da qual o presente livro é um dos frutos.

¹⁷⁴ Professora da UPE (Universidade de Pernambuco).

¹⁷⁵ Professora da UFPB (Universidade Federal da Paraíba).

¹⁷⁶ Professora da UFAL (Universidade Federal de Alagoas).

¹⁷⁷ Professor da UFF (Universidade Federal Fluminense).

¹⁷⁸ Professora da UFES (Universidade Federal do Espírito Santo).

Gráfico 1 – Distribuição Geográfica dos Profissionais entrevistados no Programa Crivando a Pandemia

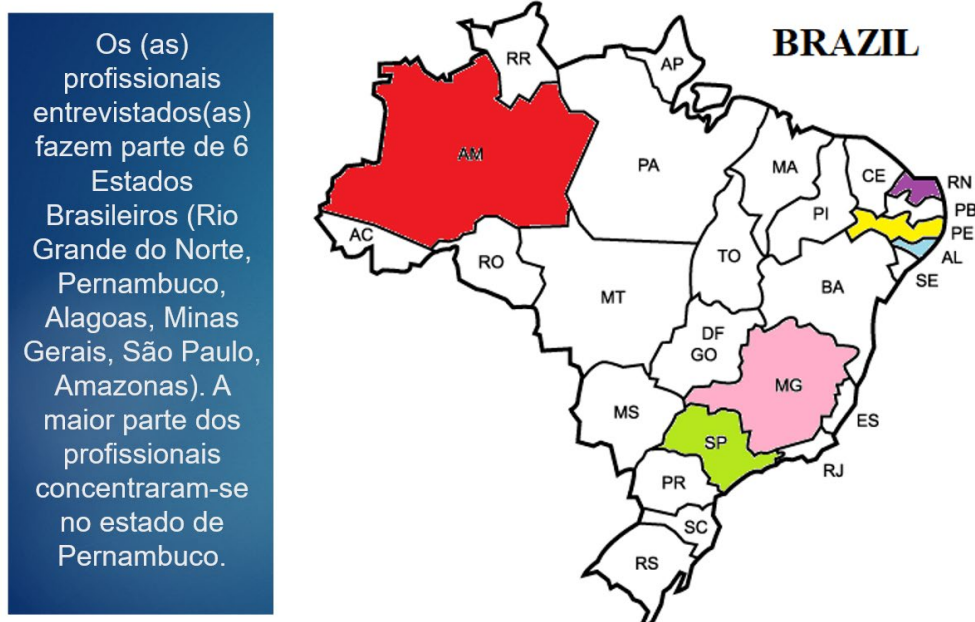
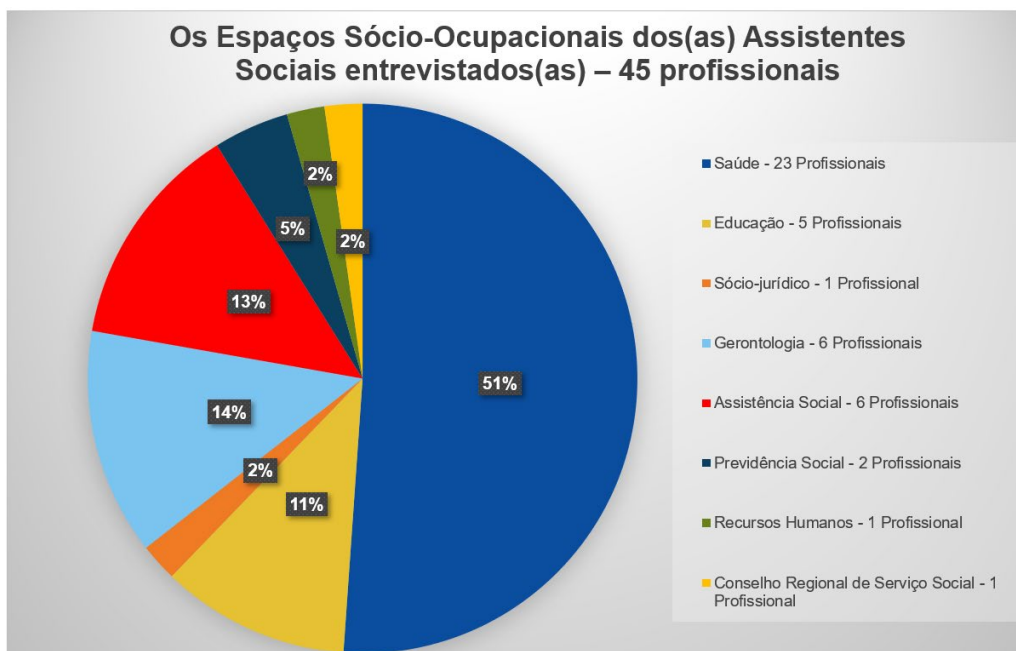


Gráfico 2 – Espaços Sócio-ocupacionais dos Profissionais entrevistados no Programa Crivando a Pandemia



Aqui sintetizam-se as análises das citadas entrevistas, feitas pela equipe de pesquisadores brasileiros.

Iniciou-se pela sistematização das categorias centrais da pesquisa: tomada de consciência da gravidade da pandemia, ações desenvolvidas pelos assistentes sociais no enfrentamento da

pandemia e, por fim, as lições que a vivência desta experiência trazem para a formação em Serviço Social, no enfrentamento de situações de calamidades e pandemias e para a vida profissional e pessoal dos/das entrevistados/as.

Para a sua efetivação foi criado o Programa “Crivando a Pandemia”, veiculado através do Canal IASSW-BRASIL¹⁷⁹, cuja Playlist está disponível no YouTube.¹⁸⁰

Tomada de Consciência da Gravidade e Letalidade da Pandemia

O Programa Crivando a Pandemia teve uma importante representatividade para os/as entrevistados/as. Declarações feitas durante as entrevistas revelaram que o programa se constituiu como um fundamental momento para quem esteve submerso na desafiadora prática de trabalhar durante a pandemia, como assistente social. Falou-se, por exemplo, que o Programa foi muito importante, conforme depoimento de Luana Andrade:

[num] momento de reflexão sobre a prática nesse momento tão aligeirado, de crise sanitária, crise humanitária, caos social e crise política e econômica. É muito importante a gente ter pequenos momentos de reflexão, até para reanimar nossas forças e repensar nossa prática¹⁸¹.

Vale também considerar que a sequência das perguntas oportunizou a rememoração do processo pandêmico, na medida em que se materializou, como um movimento mnemônico, em que o/a entrevistado/a se colocava numa posição mental capaz de avaliar aquele processo automático no interior da sua consciência e fazia uma pausa para refletir, num esforço de auto observação cognitiva, em que resgatava o momento que se tomou conhecimento e o momento em que tomou realmente consciência da situação de gravidade e letalidade da pandemia.

Os dados revelam que a tomada de conhecimento se deu, em geral, pelas mídias (televisiva, informática – Facebook, Whatsapp, etc. e jornais). A notícia foi veiculada como se fosse um vírus comunicativo de origem desconhecida, disseminado, inicialmente, na cidade Whuan na China, em dezembro de 2019. Esta primeira versão dos fatos levou a população brasileira a pensar tratar-se de algo distante e não possível de atingir o Brasil. Quando a notícia que o vírus tinha começado a se propagar pela Europa, especialmente Itália, despertou-se uma apreensão da possibilidade dele se alastrar rapidamente também para nosso País, mas isso não foi alertado, de imediato, pelas

¹⁷⁹ O Canal IASSW-BRASIL foi criado no ano de 2020 para servir como instrumento de interlocução entre a Associação Internacional de Escolas de Serviço Social (IASSW/AIETS) e o Serviço Social brasileiro, com o objetivo de veicular informações, diálogos, *Lives*, programas, vídeos do Serviço Social Mundial e nacional, de modo a contribuir decisivamente para o processo de mundialização e internacionalização do Serviço Social. Nesse Canal, além do Programa Crivando a Pandemia, já foram realizadas *Lives* como “IASSW-ABEPSS: ampliando os relacionamentos” que contou com a participação da Presidente da IASSW – Annamaria Campanini, o Presidente da ABEPSS – Rodrigo Teixeira, o Representante de Relações Internacionais – Ramiro Piccolo; *Lives* de lançamento de livros produzidos no interior do GEPE (Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Ética); *Lives* de pronunciamento de posições da IASSW sobre desigualdades e direitos humanos, Seminários com a participação de Intelectuais Italianos e Brasileiros sobre outras pesquisas desenvolvidas no interior do GEPE e Programas sobre temas atinentes ao Serviço Social brasileiro e mundial.

¹⁸⁰ Cfr: <https://www.youtube.com/playlist?list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3>.

¹⁸¹ Programa Crivando a Pandemia Nº 05. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Zv18QKkPnC4>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

autoridades sanitárias, nacionais nem pela mídia televisiva. Vale destacar que, de acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS),

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional [e que] em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia¹⁸².

Esses dados são importantes para mostrar que, de um lado, a tomada de providências das autoridades governamentais foi tardia, contraditória e ineficiente, em relação ao que era difundido pela OMS e, por outro lado, para demonstrar a grande capacidade de previsibilidade e de atitude preventiva por parte das e dos assistentes sociais entrevistados/as.

Em 03 de fevereiro de 2020, a Portaria 188¹⁸³ do Governo Federal reconhece o estado de ESPII, mas o mesmo governo não reconhece a gravidade daquele alerta, enquanto não respondeu prontamente e positivamente às recomendações da OMS que incluem medidas profiláticas a serem implementadas pelo Estado visando impedir ou reduzir a propagação da doença. Isso se constata pelos pronunciamentos à imprensa e pelo fato de que as festividades carnavalescas ocorreram, no Brasil, sem nenhuma medida de precaução, no que se refere a controle da entrada de turistas pelos aeroportos, cruzeiros e portos e que a população se expôs ao risco do contágio por aglomeração e contato, especialmente com os estrangeiros que entraram no País para brincar o Carnaval. A tal respeito, por exemplo, um importante portal de notícias brasileiro, noticiou, a partir de pronunciamento do então ministro da saúde, Luiz Henrique Mandetta, em janeiro de 2020 que:

[...] o Ministério da Saúde diz ainda que, até o momento, não há detecção de nenhum caso suspeito no Brasil de pneumonia indeterminada relacionada à situação que ocorre na China. A pasta informa que tem realizado monitoramento diário da situação junto à OMS e que ativou um centro de operações de emergência para monitorar possíveis casos suspeitos. Entre as ações já adotadas, estão a notificação da área de portos, aeroportos e fronteiras da Anvisa, avisos à área de vigilância do Mapa (Ministério da Agricultura) e notificação às secretarias de saúde. Até o momento, não há recomendação de restrições de viagem. (Folha de São Paulo Data: 26/01/2020)¹⁸⁴.

O vírus pode agir de maneira diferente na China, no bioma, no ecossistema chinês em relação ao brasileiro, que é um país tropical, que está no verão, temos sol, temperatura elevada. Temos algumas perguntas sem respostas, mas o momento é de calma, tranquilidade, explicou. [...] *Preocupa sim o Carnaval. Nós temos centenas de navios que virão na nossa costa durante o Carnaval, temos voos internacionais. Não existe recomendação*

¹⁸² OPAS. **Histórico da Pandemia de COVID-19**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>. Acesso em: 23 jan. 2022.

¹⁸³Diário Oficial da União. Publicado em: 04/02/2020, Edição: 24-A, Seção: 1 – Extra, Página: 1. Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>>. Acesso: 23 jan. 2022.

¹⁸⁴ FOLHA DE SÃO PAULO. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/01/bh-diz-ter-caso-suspeito-de-coronavirus-mas-ministerio-da-saude-diz-que-e-alarme-falso.shtml>>. Acesso em: 23 jan. 2022.

*específica. A recomendação é lavar as mãos, fazer o máximo de higiene. Enfim, ter bom senso porque existe um vírus novo no mundo. Não tem como a gente parar a vida, disse Mandetta.*¹⁸⁵

Tão erradas orientações, vindas da maior autoridade governamental do campo da saúde, deixaram a população mal informada e sem uma referência segura para saber como se comportar diante daquele fenômeno, já que também a mídia assumiu uma atitude pouco científica e disseminadora de um senso comum, provocando um pânico generalizado que também se disseminou entre os/as profissionais, como declara Kylvia Martins:

A minha tomada maior de consciência dessa pandemia veio no momento desse bombardeamento de informação. Então o que chegava aqui para gente era: o que é que está acontecendo? Muitos óbitos em pessoas com doenças crônicas e muitos óbitos em idosos que são institucionalizados. Isso atingiria diretamente a minha pessoa. Então, assim, eu como uma mulher que tem doenças crônicas o medo foi terrível. O meu medo de morrer, de deixar minha filha, de como eu ia viver, sobreviver diante do que estava acontecendo. Mas em seguida veio meu medo também enquanto profissional. [...] porque essas informações estavam diretamente dentro do meu espaço de trabalho¹⁸⁶.

Todavia, ao contrário dessa ausência de tomada de providências, em nível governamental, as e os assistentes sociais revelaram seu sentimento de precaução e sua visão de totalidade, na medida em que, diante da evidência dos fatos, se pronunciavam nas equipes de trabalho, na família, etc. que o vírus poderia sim chegar ao Brasil:

Começou lá em Wuhan, algo bem ainda pequeno, mas quando eu vi as medidas que foram tomadas¹⁸⁷ [1. Bloqueio de cidades; 2. Quarentena; 3. Alerta com Drone; 4. Construção de Hospitais temporários; 5. Suspensão da venda de remédios; 6. Lavagem do dinheiro (limpeza)]: a construção de hospitais, a questão do lockdown, eles já usando máscaras, já falando das barreiras, fechando aeroportos, toda uma medida, todo um planejamento para que o vírus não se espalhasse, aí naquele momento eu tive a certeza de que era algo de fato que iria atingir todo o mundo.¹⁸⁸

Ficava na dúvida da veracidade das informações sobre a gravidade do problema. Não se sabia realmente o que estava acontecendo. Sabia que era uma epidemia, no momento; restrita àquela região asiática e ví que fizeram a quarentena lá e fiquei um pouco ansiosa, mas pensei que iriam conseguir conter. Mas quando a Europa fechou as fronteiras para os asiáticos percebi que era muito mais grave do que pensava e que o vírus circulava pelas fronteiras dos países e se

¹⁸⁵ UOL. **Ministro: coronavírus preocupa no Carnaval, mas não tem como parar a vida...** Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/01/31/ministro-coronavirus-preocupa-no-carnaval-mas-nao-tem-como-parar-a-vida.htm>>. Acesso: 13 maio 2022.

¹⁸⁶ Programa Crivando a Pandemia Nº 13. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=NE5bdRC7pAc&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=13>. Acesso em: 24 jul. 2022.

¹⁸⁷ GAZETA DO POVO. **6 medidas incomuns adotadas pela China para conter o coronavírus.** Por Isabella Mayer de Moura 17/02/2020. Disponível em: <<https://www.gazetadopovo.com.br/mundo/6-medidas-incomuns-adotadas-pela-china-para-conter-coronavirus/>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

¹⁸⁸ Programa Crivando a Pandemia Nº 13. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=NE5bdRC7pAc&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=13>. Acesso em: 24 jul. 2022.

medidas não eram tomadas, chegaria facilmente no Brasil. Liguei para uma assistente social amiga que tem familiares na Itália para perguntar o que está acontecendo lá. Ela me diz que estava desesperada e que as pessoas lá estavam trancadas em casa, sem poder sair... aí pensei o que é uma quarentena. Fiquei muito perturbada. Quando começou a se falar de 400 mortes por dia em alguns lugares, eu sabia que isso ia chegar aqui e falava para minha família. Eles respondiam que eu deveria me acalmar. ainda não tinha se declarado pandemia, e confiei em que iria ficar regionalizado; mas quando aconteceu a crise funerária no Equador, com mortos nas ruas, fiquei em pânico. Muito pânico. Fiquei pensando como, com um governo como esse, iríamos enfrentar a situação. Foi aí que comecei a me preparar; buscar máscara, álcool, tudo! Depois, quando a OMS declarou pandemia, e o impacto foi o decreto do lockdown.¹⁸⁹

As e os assistentes sociais entendiam que os aeroportos deveriam ser fechados e as festividades de aglomeração, como o Carnaval, deveriam ser canceladas. As assistentes sociais que trabalham na área da saúde e da educação, particularmente em hospitais referências de infectologia, ou em epidemiologia, foram as mais preventivas por trazerem consigo a experiência de vivência de situações de endemias e pandemias, tal como explicitam os depoimentos das assistentes sociais:

Eu trabalhei em um hospital com doenças infecto contagiosas em um hospital de referência por 8 anos, então eu criei uma certa familiaridade com as doenças infecto contagiosas. Eu vivenciei a experiência da doença do H1N1 em 2009. Então eu imaginei que fosse chegar aqui e enquanto trabalhadora da saúde a gente já conversava muito, assim ciente de que tinha uma probabilidade muito grande de chegar aqui considerando que o Brasil não tinha tomado nenhuma medida de fechamento das fronteiras, e o grande medo era como seria, considerando a estrutura precária dos serviços de saúde... A gente olhava para os nossos equipamentos e entrava em pânico, da falta da capacidade do Estado de ofertar equipamento de segurança, a gente via uma realidade na China e na Europa, e a gente via que não teria essa força de trabalho - já não tem para enfrentar doença como a tuberculose e hanseníase, a dengue, então assim...eu já fiquei muito alerta. Em fevereiro, no período do Carnaval, eu conversava um pouco com os amigos que depois a coisa pode ficar feia.¹⁹⁰

O primeiro óbito no Brasil aconteceu em 17 de março de 2020. O primeiro morto em Pernambuco foi marcante, sabíamos que afetava aos idosos e as notícias eram alarmantes. O exemplo da Itália pintava um panorama terrível para o Brasil. Montamos uma rede de solidariedade na Universidade e no programa de Saúde da família, onde tinha vários sanitaristas. Viveríamos a partir daí uma situação permanente de vigilância sanitária e epidemiológica... eles diziam que teríamos mais de 400 mil mortes no Brasil. Pensei que a coisa seria bem pesada. Comecei a fazer uma imersão nas pesquisas em andamento nas ciências da saúde e nas ciências sociais, as falas dos sanitaristas do grupo, que estimavam 600 mil mortes; parecia algo que não era real e concreto. Compreendi que 2020 seria o da vida remota para aqueles que sobreviveram, como nós;

¹⁸⁹ Programa Crivando a Pandemia N° 2. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=HHNvbRmHdEo&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=2>. Acesso em: 25 jul. 2022.

¹⁹⁰ Programa Crivando a Pandemia N° 15. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=7AUgJVZXOs8&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=15>. Acesso em: 24 jul. 2022.

da vida remota, do trabalho remoto, da vida reclusa e, ao mesmo tempo, seria um ano de inimagináveis perdas humanas e da desestruturação da sociedade que a gente conhecia. Compreendi que era uma crise nunca antes vista.¹⁹¹

Com efeito, a tomada de consciência, propriamente dita, se deu para muitas entrevistadas quando foi divulgado o Decreto dos governos dos Estados e, para outras, se deu quando começaram a aparecer os primeiros casos da doença, especialmente após o Carnaval. No que se refere ao Decreto governamental, temos que foi ele que estabeleceu o lockdown, o fechamento das instituições de ensino e serviços não essenciais, definiu o trabalho remoto como medida obrigatória, assim como a proibição de aglomerações e instituiu medidas preventivas como o uso de máscaras e de álcool gel.

A este ponto, convém recorrer às considerações de Paulo Freire sobre o processo de tomada de consciência ou de conscientização. Nesse processo, podemos dizer que, inicialmente, o ser humano faz a constatação do jogo dialético entre homem-mundo, pois, é nessa relação, no trabalho, na práxis que o homem toma consciência de si, do mundo e dos outros. E isso ocorre de forma simultânea, pois a consciência não precede o mundo e o mundo não precede a consciência porque apesar de o mundo ser exterior à consciência, ele, em sua essência, é relativo a ela. A consciência do mundo influencia o mundo da consciência. Assim, a consciência humana se define pela sua intencionalidade, é sempre consciência de alguma coisa, tem sempre um objetivo. A consciência nem sempre é direcionada para o mundo, às vezes ela é intencionada para si mesma – o ser humano possui a capacidade de ser consciente de sua consciência: é um ser em situação, pois pensar em sua situacionalidade é necessário para que o homem tome consciência enquanto um ser de práxis que, em relação ao mundo, pode se encontrar em três estágios diversos: imersão, emersão e inserção. O primeiro momento é caracterizado pelo fato de o homem encontrar-se totalmente envolvido pela realidade; não consegue pensá-la. Já no momento da emersão observa-se a capacidade humana de se distanciar da realidade, admirando-a e objetivando-a e na inserção o homem torna à realidade para transformá-la através de sua práxis.

Assim, podemos caracterizar aquele momento de pânico, como momento de imersão, que vem sucedido de um distanciamento da realidade para apreendê-lo criticamente e, posteriormente, se transformar em momento de ação, de intervenção sobre o real.

Esses três momentos, na realidade brasileira, foram vivenciados de forma diferenciada. Para aqueles que se limitaram às informações da mídia e ao negacionismo governamental, parece que não ultrapassaram a fase da imersão. Mas a passagem para fase da emersão se deu, às vezes, com o contato real dos casos nas famílias, dos óbitos dos parentes e amigos, do acúmulo de casos nos hospitais. Para as e os assistentes sociais, essa realidade também foi vivenciada de forma muito dolorosa. De acordo com a assistente social Anna Luiza Liberato:

Essa tomada de consciência foi muito rápida porque era o momento também de sobrevivência, não só de exercer o nosso trabalho nos serviços de saúde acolhendo as famílias muito desesperadas e tendo que pensar protocolos novos no contexto e muito rápido porque era urgente pensar novos Protocolos de atendimento de segurança dentro do hospital e em outros espaços também. Então acho que dessa tomada de consciência

¹⁹¹ Programa Crivando a Pandemia Nº 2. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=HHNvbRmHdEo&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=2>. Acesso em: 25 jul. 2022.

é a gente não ter nem tempo, mas foi algo que foi que exigiu de nós porque era questão de sobrevivência mesmo porque a gente ainda não tinha vacina.¹⁹²

O Negacionismo do governo federal foi determinante para que os Estados e os Municípios arcassem com o ônus e a responsabilidade em criar medidas preventivas, de monitoramento e cuidados durante o período pandêmico. A primeira medida adotada pelos Estados foi a emissão de Decretos que, dentre outros aspectos de orientação para o enfrentamento da pandemia, estabelecia definitivamente o isolamento social e o fechamento de todas as instituições de ensino de nível fundamental, médio e superior, e de todos os estabelecimentos comerciais (com exceção daqueles de gêneros alimentícios, farmacêuticos e de informática) e instituía a prioridade absoluta para os hospitais para atendimento dos casos de Covid, restringindo os cuidados da atenção básica em saúde e doenças crônicas para as UPAs e hospitais de menor porte. Em Pernambuco, o Decreto 48809 foi divulgado no dia 14 de março de 2020, em seguida às recomendações do Ministério da Saúde, de 13 de março de 2020 que orientavam para o período de emergência na saúde pública, o adiamento ou cancelamento de eventos de massa governamentais, esportivos, culturais e/ou políticos, bem como cruzeiros turísticos. Vale ressaltar que tais medidas sucederam a declaração oficial da OMS, emitida em 11 de março de 2020, que classificava a Covid-19 como pandemia. De acordo com Delaine Melo e Lorena da Silva (2021),

A instabilidade no Ministério da Saúde, exemplificada pela troca sucessiva de ministros nos quatro primeiros meses de pandemia e pela dubiedade de discursos, desdobrou-se em desarticulação e descoordenação técnica, evidenciada na ausência de condução nacional e de ações conjuntas com os governos estaduais e municipais. Rodrigues e Azevedo (2020) consideram que as operações sanitárias, incluindo o processo de imunização dependiam (e dependem) dessa articulação entre os entes federativos e seria fundamental na mitigação e controle da epidemia no território nacional. Nas palavras do professor de saúde coletiva da Unicamp [divulgada na Revista Veja, 2020], Gastão Wagner, “temos vários picos de coronavírus em períodos diferentes pelo Brasil, e só uma gestão centralizada seria capaz de frear essa tendência”. (Idem)

Vale ressaltar que isso representou, para muitos assistentes sociais e, para a população em geral, o momento decisivo para a tomada de consciência da gravidade da situação, pois definiu a interrupção do trabalho presencial e a adoção para o trabalho remoto, ou a situação de desemprego generalizada. Isso porque “o trabalho parece que é um aspecto tão importante nas nossas vidas que é no trabalho que a gente se dá conta desse processo que afetou tanto a humanidade”.¹⁹³

Todavia, sabemos que os recursos dos Estados e dos Municípios são insuficientes para assumir tamanha demanda. No caso do Estado do Amazonas, tivemos uma situação muito particular de falta de oxigênio nos hospitais – demanda essa que o Estado não conseguiu suprir e que, ao recorrer ao governo federal, a resposta foi dada tardiamente e com descaso, o que implicou na perda de muitas vidas tanto de profissionais de saúde, quanto da população em geral. Esse fato despertou comoção nacional, pois os depoimentos emocionados dos profissionais de saúde

¹⁹² Programa Crivando a Pandemia N° 25. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=hVWIFgjSsBA&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=25>. Acesso em: 24 jul. 2022.

¹⁹³ Programa Crivando a Pandemia N° 5. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Zv18QKkPnC4&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=5>. Acesso em: 24 jul. 2022.

revelavam a dor e o testemunho de ver pacientes morrerem por falta de um recurso que deveria ser básico e indispensável nos hospitais e centros de saúde, tal como foi apresentado acima. E tudo isso se deve ao que se convencionou chamar de **Negacionismo** por parte do governo federal. Mas o que é mesmo o **Negacionismo**, como ele se manifestou e como impactou negativamente na tomada de consciência da população e na tomada de providência no enfrentamento da Covid?

A Presença do Negacionismo na prática das e dos Assistentes Sociais

A noção de **Negacionismo** é de proveniência do campo da História. Ela indica “a escolha de negar a realidade como forma de escapar de uma verdade desconfortável”¹⁹⁴ ou seja, se trata de fatos históricos que se dão em situações de embate direto entre atores interessados em acumular poder inescrupulosamente e os métodos científicos, criando pseudo-argumentos que se arrogam o direito de questionar até mesmo acontecimentos ou realidades bem documentadas por pesquisas afirmadas e confirmadas pela comunidade científica em muitas ocasiões. Portanto o negacionista se recusa a aceitar a autoridade da comunidade científica e a confronta com argumentos simplistas retirados do senso comum. O **Negacionismo** é um fenômeno complexo caracteristicamente ideológico, no sentido de conjunto de ideias falsas, com que Marx conceituou o termo ideologia. Ele é um instrumento de ataque de grupos reacionários e é utilizado em momentos estratégicos nos quais tais grupos avaliam que se apresenta uma boa oportunidade de auferir poder criando intriga entre os desavisados, contra os seus adversários. Em crises globais, esse artifício enganador pode ser mais utilizado, principalmente quando vêm à tona aspectos até então “desconhecidos” da realidade. Assim, se compreende o porquê de, neste momento de pandemia do novo coronavírus, os discursos negacionistas terem se destacado nas sociedades.

O caráter alienante do **Negacionismo** aproveita-se do fato da população em geral não ter formação científica adequada e não ter podido assim conhecer convenientemente os instrumentos de aferição de validade e rigor necessários para se considerar um conjunto de afirmações autênticas ou inautênticas. Muito menos as massas mantidas na ignorância têm capacidade de dar um parecer sobre até que ponto a ciência é, ou não, a via adequada para a busca coletiva das soluções dos problemas da humanidade. O indivíduo envolvido pela ação negacionista tem sua visão intelectual falseada pelas falácias que ela articula no seu campo cognitivo, impedido que ele analise a realidade e dê um parecer coerente e autônomo sobre ela. Trabalha-se a omissão de informações, deslocamento de cenários, perturbação da compreensão físico-espacial e conceitual do indivíduo mesmo. Tudo isso, quando se torna algo que se alastra na coletividade, contagiando as leituras de mundo dos indivíduos, consequências nefastas e até mesmo fatais para a população. Historicamente, o **Negacionismo** tem sua origem na antiguidade grega, mais precisamente num dispositivo pseudo-intelectual, criado por uma das correntes sofistas da Grécia antiga. Trata-se da erística, hoje reconhecida no campo da filosofia como uma técnica de se perturbar o desenvolvimento de estudos científicos com a introdução neles de textos caoticizantes.¹⁹⁵

¹⁹⁴ JORNAL DCE. **Entenda o que é Negacionismo e porque a palavra tem sido usada.** Disponível em: <<https://www.dci.com.br/dci-mais/noticias/brasil/entenda-o-que-e-negacionismo-e-porque-a-palavra-tem-sido-usada/82511/>> Acesso em: 25 jan. 2022.

¹⁹⁵ Cfr.: ANTISERI, Dario; REALE, Giovanni. **Filosofia: Antiguidade e Idade Média.** Vol. I. São Paulo: Paulus, 2017, p. 78. Onde se explica a origem sofisticada dos eristas: “[...] a arte de disputar por palavras, tendo como fim o próprio disputar. Os eristas excogitaram uma série de problemas, impostados de modo a prever respostas em qualquer situação confutáveis, dilemas que, de qualquer modo fossem solucionados, em sentido afirmativo ou negativo,

O fenômeno do negacionismo não é novo, remonta aos anos 1940, em que tentaram provar a ausência de culpa da Alemanha pela Segunda Guerra Mundial. Isso aconteceu a partir da banalização, justificativa ou mesmo negação da existência dos campos de extermínio e do holocausto. O princípio do negacionismo, como diz o nome, é o de invalidar a realidade pela sua simples negação. No Brasil, o presidente Jair Bolsonaro é seu grande promotor, transformando o negacionismo em política de Estado. Ele não apenas nega que já existia uma crise econômica antes da pandemia, como recusa-se a aceitar evidências científicas, estatísticas e do senso comum, indicativas de que a covid-19 não é uma simples “gripezinha”¹⁹⁶.

Seus principais aliados são a mídia televisiva, os jornais e as *Fake News*¹⁹⁷, que são os veículos de comunicação mais acessíveis à população. No caso da realidade brasileira, no que se refere à situação pandêmica de Covid-19, o discurso negacionista foi protagonizado por seu representante maior – o Presidente Jair Bolsonaro e encontrou forte adesão no fundamentalismo religioso protestante que, na atualidade, mantém uma forte ingerência nos três poderes do Estado e grande poder de penetração nas comunidades mais pauperizadas como as favelas. Contrariamente ao que se espera de um jornalismo responsável, a mídia brasileira desempenhou um papel de difusão do senso comum¹⁹⁸ e do negacionismo que promoveram, inicialmente, um pânico generalizado e, posteriormente, a adoção de práticas e atitudes irresponsáveis diante do quadro trágico de mortes que se desenhou no País. As atitudes mais frequentes do negacionista foram identificadas na pesquisa conduzida pela Fiocruz¹⁹⁹, e se expressam, em ordem decrescente de intensidade nos seguintes posicionamentos:

Crer na doença como uma estratégia política; Acreditar na COVID-19 como sendo uma farsa; Acreditar no ensino de métodos caseiros para prevenir o contágio do novo coronavírus; Defender o uso da cloroquina e hidroxicloroquina sem comprovação de eficácia científica; Resistir ao distanciamento social, sendo contrárias a ele; Afirmar que o novo coronavírus foi criado em laboratório; Defender o uso de ivermectina como cura para a doença; Repudiar o uso de máscaras; Ser contrária ao uso do álcool em gel; Declarar que a causa do óbito de parentes foi alterada para COVID-19; Declarar o novo coronavírus como teoria conspiratória; Crer na difamação de políticos; Ser alvo do

levavam sempre a respostas contraditórias, hábeis jogos de conceitos construídos com termos que, por causa de sua polivalência semântica, punham o ouvinte sempre em posição de xeque-mate.”

¹⁹⁶ CONTI, Silvana. **O negacionismo como estratégia política**. Sul21, 2020. Disponível em: <<https://sul21.com.br/opiniaio/2020/06/o-negacionismo-como-estrategia-politica-por-silvana-conti/>>. Acesso em: 25 jan. 2022.

¹⁹⁷ SILVA, Cíntia. TEMPOS DE PANDEMIA: Fake news, negacionismo e atuação ético-política do(a) assistente social. In: **Cadernos GEPE**, V1, n.1. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernosgepe/article/view/252885>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

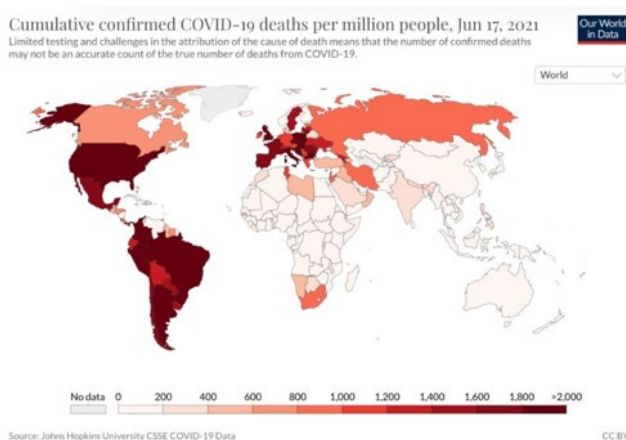
¹⁹⁸ Para mais informações sobre a relação entre a mídia e o senso comum Cfr. Artigo de autoria de Alexandra Mustafá - *Ética, ciência, pandemia e serviço social*, publicado na Revista Cadernos GEPE. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernosgepe/index>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

¹⁹⁹ De acordo com Cíntia Silva (op. Cit.) o estudo foi conduzido por pesquisadoras da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), Claudia Galhardi e Maria Cecília de Souza Minayo, no período de 17 de março e 13 de maio de 2020.

charlatanismo religioso, com tentativa de venda de artefatos para a cura da doença. (Idem)

Por se tratar de uma verdadeira e própria ideologia (no sentido marxiano do termo), o discurso negacionista teve ampla aceitação pela população mais pauperizada e mais distante do acesso a informações cientificamente comprovadas. O impacto nefasto desse posicionamento revelou-se com o imperdoável exacerbado índice de óbitos no Brasil que atinge atualmente a cifra de 616.018 mil, abaixo apenas dos Estados Unidos que apresentam o quantitativo de 701.514 mil mortes. Este quadro revela que nos países onde o Negacionismo foi o carro chefe das medidas para o enfrentamento (ou não enfrentamento) da Covid-19, o registro de óbito mancha o mapa mundi com as cores da concentração do desastre vivido, conforme dados disponibilizados por Ivanildo Oliveira Filho e Luanna Melo (2021), no Mapa abaixo.

Mapa 1 – Distribuição do número de mortes por covid-19 no mundo



Fonte: OUR WORLD IN DATA/DIVULGAÇÃO

Do ponto de vista da prática profissional de assistentes sociais “a preocupação não consiste apenas em conter o vírus, mas também em conter e desmentir informações falsas, preconceituosas e prejudiciais” (SILVA, 2021), conforme depoimento que segue:

[Os meses] de abril e maio foi um período de muitos óbitos, tanto de casos que eram confirmados por covid quanto casos suspeitos e assim era muito difícil atender as famílias. Primeiro porque a família não participava da internação por conta do contágio. Então você não vê o seu parente que morreu, isso prejudica também nesse processo de luto e as famílias nos procuravam assim desesperadas! Eu percebi que existiam basicamente dois tipos de comportamento: O familiar que se sentia culpado por ter transmitido o vírus [...] e os familiares que não acreditavam que um parente estava com o vírus, e aí era muito difícil a gente fazer essa abordagem de trabalhar isso com a família, de discutir isso com a família.²⁰⁰

O **Negacionismo** é um fenômeno que se espraia enquanto estratégia, especialmente dos governos de extrema direita, como no Brasil, como desculpa para que o Estado não assuma a sua

²⁰⁰ Programa Crivando a Pandemia N° 16. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=POGbKOTisKQ&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=16>. Acesso em: 24 jul. 2022.

responsabilidade diante das imensas demandas que a pandemia provoca. Na realidade, trata-se de fortalecer a tendência neoliberal que as sociedades capitalistas vêm adotando, no sentido de conservar as opções feitas, antes mesmo da pandemia, para nutrir o processo de acumulação capitalista das classes privilegiadas e do patronato, em detrimento dos investimentos públicos que, em última instância, deveria ser a razão da existência mesma do Estado. O caso brasileiro é emblemático exemplo desse fenômeno, na medida em que, desde 2016, após o golpe parlamentar que destituiu do poder a Presidenta Dilma Rousseff, o governo Temer não tardou em fortificar essa tendência neoliberal, quando fez aprovar a Emenda Constitucional 95, conhecida como a PEC do corte de gastos com o setor público e com as políticas sociais por um período de 20 anos. Tendo em vista que a democracia representativa, ameaçada em seus princípios pelo controle das mentes das massas, pela onda de *Fake News* e com o auxílio indispensável da mídia, encarregada de desconstruir a imagem do Partido dos Trabalhadores e da esquerda, em geral, assistiu-se no Brasil, em 2018, à materialização daquilo que podemos chamar de manipulação dos votos e, em consequência, deu-se continuidade, de forma, agora “legítima”, da assunção ao poder do candidato que representa o suprassumo do conservadorismo e da defesa intransigente dos interesses do capital. Desde então, a classe trabalhadora vem sofrendo perdas inimagináveis no que se refere a direitos do trabalho, da assistência, da previdência, da saúde, da educação etc.

[...] Por mais distantes da realidade que possam ser, as ideias negacionistas servem a um projeto pragmático com um objetivo bastante real. Com o negacionismo, Bolsonaro se opôs aos governadores e prefeitos que adotaram medidas de isolamento social. Quis jogar para eles a responsabilidade pela crise econômica, mesmo sabendo que sua causa não é o isolamento, e sim a pandemia. (CONTI, Silvana. *Op. Cit.*)

Neste sentido, o **Negacionismo** também é útil ao capital para escamotear o descaso com a situação pandêmica que se instalou no País, a partir do início de 2020. Enquanto se repassa para a população a imagem de minimização dos riscos e da letalidade da pandemia, medidas são tomadas para “proteger” o grande capital, pois o que importa é a “saúde da economia” e não a “saúde da população”. Para comprovar tal discrepância, podemos recorrer às fontes que nos informam o montante de gastos destinados ao sistema financeiro, no período da pandemia e a insignificância do percentual de recursos destinados às políticas sociais:

No início da Pandemia, no mês de março de 2020, pacote anunciado pelo governo libera 1,2 trilhões de reais aos bancos, o que equivale a 16,7% do PIB.

O Banco Central (BC) anunciou, nesta segunda-feira (23/3), um pacote de medidas para injetar dinheiro no mercado em uma tentativa de mitigar o ambiente de incerteza provocado pela pandemia do novo coronavírus. Segundo o presidente do BC, Roberto Campos Neto, o pacote soma R\$ 1,216 trilhão, ou 16,7% do Produto Interno Bruto (PIB), incluindo ações que ainda estão em estudo. Comparado aos R\$ 117 bilhões aplicados no socorro aos bancos durante a crise financeira global de 2008 e 2009, que corresponderam a 3,5% do PIB, o montante é quase 10 vezes maior.²⁰¹

No mesmo ano, 2020, o governo divulga a transparência dos valores orçamentários e de execução do Governo Federal, relacionados ao enfrentamento da pandemia de coronavírus em

²⁰¹ CORREIO BRASILIENSE. **Pacote anunciado pelo governo deve liberar R\$ 1,2 trilhão aos bancos.** Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/economia/2020/03/24/internas_economia,836224/pacote-anunciado-pelo-governo-deve-liberar-r-1-2-trilhao-aos-bancos.shtml>. Acesso em 26 jan. 2022.

todo o País: R\$ 524,02, o que corresponde a 15,85% dos gastos públicos. No que se refere ao ano de 2021, esses valores ainda foram mais reduzidos: R\$ 102,49 bilhões que significam, respectivamente, 2,80% dos gastos públicos.²⁰²

Esses gastos são muito inferiores se comparados ao que outros países destinam para tal fim. Segundo levantamento publicado na Carta Capital, temos que:

Nos EUA, os valores chegam a 6,3% do PIB, mas decisões do Congresso podem elevá-los para 11,3% do PIB ou mais que isso. No Reino Unido, o total ultrapassa 17% do PIB, na Espanha chega a 17%, na Alemanha 12% e na França, 13,1% do PIB.²⁰³

Sempre de acordo com as informações fornecidas pela Carta Capital,

[...] no Brasil do presidente que afronta as recomendações rigorosas das maiores autoridades da saúde e dos cientistas mais renomados para conter a pandemia da Covid-19 e a previsível recessão de grandes proporções que se avizinha, o Ministro da Economia ainda pensa com base nas ideias que 50 anos atrás faziam sucesso na Escola de Chicago, onde se formou. Paulo Guedes não abre mão da régua da austeridade mesmo quando anuncia recursos para a economia em freada brusca e só os libera sob pressão e em conta-gotas. Na terça-feira 24, e este é só um entre vários exemplos da visão anacrônica que preside suas decisões em meio ao pandemônio, Paulo Guedes disse que o País pode gastar 120 bilhões de reais com saúde e emprego pois esse dinheiro foi economizado no ano passado com juro da dívida interna. (Idem).

A alocação dos recursos para as políticas sociais, por ser insuficiente, impactou de forma decisiva na possibilidade de resposta do SUS – Sistema Único de Saúde e do SUAS – Sistema Único de Assistência Social, despotencializando-os quanto à capacidade de oferta mais qualificada dos serviços de saúde e de assistência. Com efeito, as medidas de austeridade, anteriormente analisadas, redesenham o quadro da saúde e da assistência configurados como universais, desde a Constituição de 1988, acirrando o distanciamento entre os projetos de Reforma Sanitária, no SUS, alicerçado no princípio da universalização da saúde, enquanto “dever do Estado e direito do cidadão” e o projeto privatista que passa a ser privilegiado e ter mais capilaridade, tendo em vista que os recursos, em última instância, são direcionados para a iniciativa privada que passa a gerir, inclusive, as instituições públicas de direito privado como é o caso dos hospitais de campanha que foram criados para o enfrentamento da Covid-19.

Esse descompasso na destinação de recursos públicos funcionou como estimulante e elemento fomentador do cenário desastroso da desigualdade social no Brasil: o desemprego, segundo dados do próprio Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no primeiro

²⁰² PORTAL DA TRANSPARÊNCIA. **Recursos Federais destinados ao combate da pandemia de CORONAVÍRUS (COVID-19)**. Disponível em: <www.portaltransparencia.gov.br/coronavirus?ano=2021>. Acesso em: 26 jan. 2022.

²⁰³ CARTA CAPITAL. **Os estímulos econômicos do governo beiram o ridículo...** Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/opiniaos/os-estimulos-economicos-do-governo-beiram-o-ridiculo/>>. Acesso em 26 jan. 2022.

trimestre de 2022, atingiu 11,1%²⁰⁴; o País voltou para o mapa da fome atingindo 25% da população desassistida²⁰⁵.

As entrevistas feitas pelo Programa Crivando a Pandemia mostraram o perfil da população brasileira, desesperada não apenas pelos riscos do contágio e das mortes pela Covid, mas também quase completamente desassistida quanto à perspectiva de encontrar alternativas para responder à necessidade de alimentação, saneamento, água potável e habitação, condições indispensáveis para a sobrevivência em tempos de pandemia.

O que se extraiu das entrevistas é que a intencionalidade das medidas governamentais era exatamente de “proteger” o setor privado, o mercado e “deixar morrer os menos fortes e mais pauperizados para que se atingisse o nível ideal de imunização da população”, intencionalidade essa expressa nas palavras do próprio Presidente da República. Sendo assim, não é à toa que a renda dos mais ricos tenha se multiplicado no período pandêmico, tal como podemos constatar nos dados dos relatórios da Oxfam:

Os bilionários adicionaram US\$ 5 trilhões (cerca de R\$ 27 trilhões) às suas fortunas durante a pandemia, segundo novo relatório da Oxfam divulgado neste domingo (16), exacerbando a desigualdade econômica à medida que a pandemia empurrou milhões de pessoas em todo o mundo para a pobreza. Usando dados compilados pela Forbes, a Oxfam aponta que a riqueza total dos bilionários saltou de US\$ 8,6 trilhões (cerca de R\$ 48 trilhões) em março de 2020 para US\$ 13,8 trilhões (cerca de R\$ 76 trilhões) em novembro de 2021, um aumento de 60% e maior do que nos 14 anos anteriores combinados. [...] O Banco Mundial estima que 97 milhões de pessoas em todo o mundo entraram na pobreza extrema em 2020 e agora vivem com menos de US\$ 2 por dia. O número dos mais pobres do mundo também aumentou pela primeira vez em mais de 20 anos.²⁰⁶

A quantidade de pesquisas sendo realizada para quantificar as condições alimentares da população brasileira nesses tempos de pandemia se multiplica e podemos, cada vez mais, contar com informações úteis que nos levem a refletir sobre o impacto das políticas neoliberais no agravamento das necessidades básicas da população. Contudo, podemos perceber que o país já tinha voltado para o mapa da fome mesmo antes da pandemia estourar. A política inimiga dos programas sociais característica dos governos Temer e Bolsonaro levaram a tal lamentável retorno. Vejamos uma síntese dessa pesquisa:

A insegurança alimentar grave esteve presente no lar de 10,3 milhões de brasileiros entre 2017 e 2018, como retrata a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2017-2018, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 17/9. Isso significa que quase 5% da população brasileira convive novamente com a fome. De acordo com o ex-diretor geral da

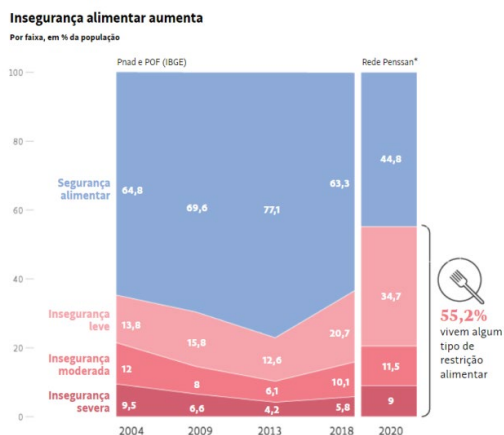
²⁰⁴ IBGE. **Desemprego**. Disponível em: <ibge.gov.br/explica/desemprego.php>. Acesso em: 18 jul. 2022.

²⁰⁵ BRASIL SEM FOME. **Em pouco mais de um ano, são 14 milhões de novos famintos no Brasil**. (Fonte: Rede PENSSAN). Disponível em: <<https://www.brasilsemfome.org.br/>>. Acesso em: 18 jul. 2022.

²⁰⁶ CNN Brasil. **Fortuna de bilionários do mundo cresceu 60% durante a pandemia**. Disponível em: <[https://www.cnnbrasil.com.br/business/fortuna-de-bilionarios-do-mundo-cresceu-60-durante-a-pandemia/?amp](https://www.cnnbrasil.com.br/business/fortuna-de-bilionarios-do-mundo-cresceu-60-durante-a-pandemia/?amp;)>. Acesso em 26 jan. 2020).

Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), José Graziano da Silva, o retorno do Brasil ao Mapa da Fome é inaceitável.²⁰⁷

Ademais, conhecedoras das determinações sociais da Saúde, tendo em conta os sujeitos em contexto, reconhecemos que as condições de alimentação, habitabilidade, acesso regular à água, condições de vida e trabalho, revelaram que os segmentos mais pauperizados seriam (foram e são) muito mais amplamente afetados. Daí a importância de atuação das redes sanitária e socioassistencial locorreferenciadas com investimentos direcionados e ações celeremente implementadas.



Esse descaso se evidencia também na alocação orçamentária para ações e serviços públicos de saúde no Ministério da Saúde que, em 2021, correspondeu a apenas R\$ 123,8 bilhões, como consta na Nota Técnica da Congregação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP, 2021). Isso se constituiu um desafio para as profissionais da área da saúde, como vem ratificado pelos depoimentos que seguem:

Quem está no espaço da saúde tem uma visão privilegiada no sentido de que é, digamos, solicitado a dar respostas de imediato para essa questão do fenômeno que liga diretamente a saúde. [...] O serviço social foi fundamental tanto no acolhimento dessas pessoas que estavam aflitas e angustiadas

considerando que as internações existem e exigem afastamento da família e das pessoas da rede de apoio sócio-familiar, então foi necessário repensar toda sua rotina profissional: foi necessário repensar todo esse movimento.²⁰⁸

Esse aspecto da questão vem também ilustrado por Delaine Melo, professora do Departamento de Serviço Social da UFPE, num estudo recentemente publicado a respeito da prática do/da assistente social na área da saúde durante a pandemia:

Atuar no campo da saúde, desde a ação pedagógica ou assistencial, implica compromissos teóricos, éticos e interventivos; é fundamental acompanhar a dinâmica da produção científica, reafirmar que clínica e política são dimensões imbricadas e entender que as práticas cotidianas são conformadas por esses, entre outros elementos. Nessa perspectiva, toma-se como indispensável situar os processos de adoecimento sob a ótica da determinação social nos padrões de adoecimento e morte, já que nesse momento pandêmico é demonstrado que os grupos populacionais mais pauperizados, são os mais atingidos e concentram as maiores taxas de óbito (DEMENECH et al., 2020 apud MELO; SILVA, 2021).

²⁰⁷ FIOCRUZ. **Brasil de Volta ao Mapa de Fome**. Disponível em <<https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/noticias/brasil-de-volta-ao-mapa-da-fome>>. Acesso em: 18 jul. 2022.

²⁰⁸ Programa Crivando a Pandemia N° 5. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Zv18QKkPnC4&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=5>. Acesso em: 24 jul. 2022.

A Formação sócio-política e econômica da sociedade brasileira e as suas repercussões no impacto da Covid-19 sobre a população

A sociedade brasileira é marcada, historicamente, pela desigualdade social, pelo autoritarismo e pela subordinação da classe dominante aos interesses da burguesia internacional. Isso se explica pela sua posição subalterna no contexto da divisão social do trabalho aos países mais ricos e imperialistas, desde o período da colonização.

A lentidão do governo federal em prestar socorro à população desencadeou um caos sem precedentes nos hospitais que atendiam as vítimas de Covid-19 e foi responsável pela contaminação de cerca de 50.468 indígenas com 163 povos atingidos e mais de mil mortes, de acordo com dados divulgados pelo Comitê Nacional de Vida e Memória Indígena, criado pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), no mês de março de 2021.²⁰⁹

A pesquisa da equipe brasileira revelou através de depoimentos de assistentes sociais que aturam nos hospitais do Amazonas durante a pandemia de Covid 19, o que se podia perceber em primeira pessoa quando se estava inserido ali, atuando como assistente social. A tal respeito num dos programas Crivando a Pandemia temos o seguinte depoimento:

Um dos primeiros a morrer no Amazonas, dentro do processo de pandemia, foi um rapaz que cresceu junto comigo, Laurivan, indígena: ele trabalhava na área da saúde, não conseguiu acesso ao tratamento, nem reverter o seu quadro, mesmo estando em um hospital, em um Pronto Socorro. E isso me marcou e que me deu consciência de que a pandemia existia no Amazonas.²¹⁰

Os outros estados não vivenciaram o que o Amazonas passou, e continua passando, desde a primeira onda. [Isso porque] os hospitais ficaram sem oxigênio, [...] aquilo que tem que ser básico em um hospital que é oxigênio. [Isso porque] todas as fragilidades do sistema da saúde foram escancaradas, assim com no resto do país, sofremos com falta de um comando central: a posição do Ministério da Saúde divulgava na imprensa uma conduta, uma orientação técnica, e o nosso representante maior, desdizia, colocando incredibilidade e o povo amazonense pagou muito caro, por conta dessa situação. Ficamos extremamente vulneráveis, muitos profissionais morrendo, tínhamos sentimento de insegurança, não tínhamos os protocolos, as pessoas estavam aprendendo a lidar com a doença...²¹¹

A população negra representa a maior parte da população pobre da sociedade brasileira e, nas áreas urbanas, se concentra nas favelas, que são aglomerados humanos com precárias condições de moradia, saneamento, abastecimento de água e energia elétrica. As favelas, construídas em morros ou regiões de mangue, na periferia das grandes metrópoles brasileiras, são o recôndito de moradia delegado para pobres e negros, desprovidos de recursos para habitar uma moradia digna em terreno seguro que não sucumba com os desastres provocados pelas chuvas, como desmoronamento de barreiras, alagamentos, e outros fenômenos ambientais acirrados pela

²⁰⁹ BRASIL DE FATO. **Brasil ultrapassa marca de mil indígenas mortos em decorrência da Covid-19**. Disponível em <<https://www.brasildefato.com.br/2021/03/13/brasil-ultrapassa-marca-de-mil-indigenas-mortos-em-decorrencia-da-covid-19>>. Acesso em: 22 jul. 2022.

²¹⁰ Depoimento de Alessandra Sales. **Programa Crivando a Pandemia**, N°12. Disponível em: <<https://youtu.be/9rP4Wa5ZSxE>>. Acesso em: 16 jul. 2022.

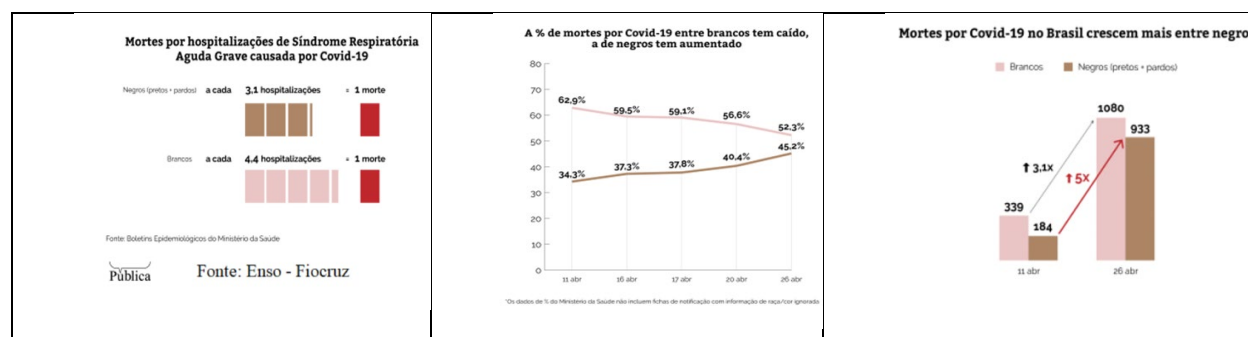
²¹¹ Idem.

ausência de uma política habitacional digna. Essas favelas, consequência imediata da especulação imobiliária, se avolumam no cenário social e já contavam, em 2010, com 6.329 delas, também denominadas “aglomerados subnormais”.

Isso significa, de acordo com dados do censo do IBGE em cooperação com o Centro Nacional de Monitoramento e Alertas de Desastres Naturais (CEMADEN), que “a população em áreas de risco nos 872 municípios brasileiros chegava a 8.270.127 habitantes”, o que representa 6% da população brasileira.²¹²

Devido a tais condições históricas, os negros no Brasil são vitimados por um Racismo Estrutural (MARTINS, 2020), que se explicita sob a forma de violência policial que se dá no interior das favelas, revelando-se com uma perseguição de ordem letal que atinge especialmente os jovens pelo fato de serem potencialmente pobres e negros (MUSTAFÁ e MELO, 2020; ISABELLY 2022).

Também em razão das determinações acima expostas, os negros são o segmento populacional que ocupa os níveis mais baixos de inserção no mercado de trabalho, sujeitos a uma exploração extrema e a precaríssimas condições de trabalho, fato que os expôs de modo mais evidente aos riscos da pandemia de Covid-19. De acordo com o sociólogo Ricardo Antunes²¹³, essa população se encontrou diante de um verdadeiro “fogo cruzado”, “ou morrer de Covid ou de fome”, o que a expôs de forma definitiva aos riscos de contágio, pelo fato de ser forçada a assumir atividades precárias, tais como entregadores ambulantes (*delivers*), e trabalhadores uberizados.



As péssimas condições de moradia e a ausência de medidas preventivas nas favelas também contribuíram de forma decisiva para transformar os negros e pobres no segmento mais vulnerável ao contágio, como pode ser compreendido a partir da análise do gráfico ao lado²¹⁴. Isso resultou num altíssimo índice de mortes por Covid-19 que pode ser constatado a partir de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde, do Instituto Pólis: A pandemia não é a mesma para todos: negros – pretos e pardos. No Brasil,

²¹² IBGE. **Em 2010, Brasil tinha 8,3 milhões de pessoas morando em áreas com risco de desastres naturais**. 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21565-em-2010-brasil-tinha-8-3-milhoes-de-pessoas-morando-em-areas-com-risco-de-desastres-naturais>>. Acesso em: 16 jul. 2022.

²¹³ ANTUNES, Ricardo. **O trabalho sob fogo cruzado**. Boitempo: São Paulo, 2020.

²¹⁴ SUL21. **Em duas semanas, número de negros mortos por coronavírus é cinco vezes maior no Brasil**. Disponível em: <<https://sul21.com.br/coronavirus-2/2020/05/em-duas-semanas-numero-de-negros-mortos-por-coronavirus-e-cinco-vezes-maior-no-brasil/>>. Acesso em: 16 jul. 2022.

ficou demonstrado que, enquanto 55% de negros morreram por Covid, a proporção entre brancos foi de 38%.

De acordo com o Relatório da OCDE:

No Brasil, o risco de mortalidade por Covid-19 foi 1,5 vezes maior na população negra, apesar de haver uma maior taxa de incidência entre a população branca. Negros e pardos brasileiros internados em hospitais tinham 1,3 vezes a 1,5 vezes mais risco de mortalidade em comparação com brasileiros brancos.

Já o Relatório, Health at a Glance, da OCDE²¹⁵ diz que: “as principais vítimas da doença foram os idosos e as populações étnicas minorizadas e mais pobres”.

Dessa forma, as populações consideradas vulneráveis foram as mais atingidas pela pandemia nos países da organização, correspondendo a mais de 90% do registrado e as mortes por Covid-19 ocorreram entre pessoas com 60 anos ou mais.²¹⁶

Cabe aqui uma reflexão de cunho ético na qual se materializa a incongruência entre a (i)lógica capitalista e o pensamento humanista. Os considerados “descartáveis” para o capital, como os índios, os pobres, os negros, os velhos foram objeto mais contundente do (des)cuidado das autoridades governamentais nos países capitalistas, tanto no que se refere à prevenção do vírus, quanto no que se refere à assistência médica e social para o seu combate. Assim, esses segmentos populacionais foram os mais afetados pela pandemia em todo o mundo, especialmente no Brasil.

Os idosos, ou velhos, foram seguramente os mais atingidos pela pandemia, por terem menos imunidade, por terem adquirido mais comorbidades em suas vidas, dadas as precárias condições de existência e de trabalho; os velhos, especialmente aqueles mais pobres, foram o alvo principal para o contágio do vírus.

Os dados apresentados no gráfico ao lado denunciam o quantitativo de mortes, ainda no início do ano de 2021, quando a pandemia já tinha atingido o seu auge. A tal respeito a grande mídia, na época, registrou exaustivamente esses fatos:

Os idosos são o grupo mais vulnerável a casos graves de covid-19. A doença matou pelo menos 142.049 pessoas acima de 60 anos até 2 de janeiro de 2021, de acordo com o boletim mais recente (10 MB) do Ministério da Saúde. São 74,2% das 191.552 mortes analisadas. Ao todo, a pandemia já havia matado



204.690 pessoas, até esta 3ª feira (12. jan. 2021).²¹⁷

²¹⁵ OCDE. **Health at a Glance 2021**. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_919b5f62-en>. Acesso em: 24 jul. 2022.

²¹⁶ Idem.

²¹⁷ PODER 360. **Coronavírus matou 142 mil Idosos no Brasil**. Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/coronavirus/coronavirus-matou-142-mil-idosos-no-brasil-conheca-situacao-de-5-paises/>>. Acesso em: 16 jun. 2022.

Atuação das assistentes sociais nos diversos espaços sócio-ocupacionais

Durante a entrevista os assistentes foram convidados a perceber-se **teorizando o seu agir a partir do seu perceber**, na medida em que narravam o processo de atuação e podiam **avaliar a qualidade** das conclusões que extraíram do mesmo enquanto estava acontecendo. A partir dos seus depoimentos, foram colhidas informações preciosas que revelaram como, no interior de um processo problemático e trágico, no calor do drama tais profissionais se mostraram capazes de planejar, percebendo as possibilidades e recursos disponíveis, apesar dos tantos obstáculos complexos que se sucederam e foram capazes de propor explicações e desenvolver ações que podem ser incorporadas à prática profissional em momentos de calamidade pública. Evidenciou-se, na maioria dos casos, o recurso à bagagem teórica acumulada no processo de formação e o recurso à criatividade e inovação, quando a situação se apresentava de forma inusitada. Também se constatou a busca e troca de experiências, tomando como referência práticas bem sucedidas em outros países e em situações similares. A partir do levantamento desse inventário taxológico, passamos a apresentar as sínteses das ações desses assistentes sociais, mesmo que muito ainda se tenha a dizer e a analisar sobre o potencial técnico-operacional e a sua riqueza, pois para nós, assim como para os profissionais que atuaram no cerne da pandemia, se trata de um processo em que a tomada de consciência sobre o quanto foi feito diante de todos os desafios, merece muita maturação. Elegemos três espaços sócio-ocupacionais, para serem focalizados com primazia, por nossos estudos terem indicado que esses possuem uma relevância especial, enquanto se referem aos segmentos mais atingidos pela pandemia e representam o foco de atuação dos profissionais: a área da gerontologia social, da saúde e da assistência social.

Atuação dos profissionais na área da gerontologia social

Como vimos acima, a pandemia de Covid-19 atingiu de cheio o segmento da pessoa idosa. Esse segmento deveria possuir uma significativa presença de assistentes sociais atuando no seu interior. Todavia, esse “dever ser” não se concretizou ainda por vários motivos, dentre eles por falta de vontade política. A pessoa idosa tem sido vitimada em todos os sentidos pelo neoliberalismo, que é a corrente teórica que vem mais e mais hegemonizando a administração pública das cidades e países da atualidade e que tem deixado claro e sem sombra de dúvidas, o seu desprezo para com o idoso. Há casos, como o do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, que chegou a declarar em público que as pessoas idosas seriam vagabundas e dariam muita despesa ao Estado. O atual presidente do Brasil, Jair Messias Bolsonaro, quando a pandemia estourou e ameaçou entrar no país, declarou que não se tratava de uma doença séria, pois essa iria somente matar idosos. Segundo o jornal Estado de Minas de 08 abr. 2020, Bolsonaro teria dito: “Famílias que cuidem de seus idosos [...] apenas idosos devem se resguardar em meio à pandemia [...] Cada família tem que botar o vovô e a vovó lá no canto e é isso”²¹⁸. Sabe-se ainda que o neoliberalismo pressiona os Estados para que diminuam o gasto com a previdência e medidas de pressão sobre os idosos têm sido fartamente registradas por teses universitárias em todo o mundo, demonstrando que os idosos não são considerados pelo que são na verdade pelo neoliberalismo pois, na realidade, eles são o ser humano no ápice da sua existência e não é eticamente plausível que o próprio ser humano não planeje o seu ápice para ser algo altamente digno, louvável e admirável.

²¹⁸ Esse discurso governamental recebe o nome de “familismo” por se caracterizar como “processo de responsabilização das famílias por encargos no sistema de proteção social” (MIOTO; CAMPOS; CARLOTO, 2015, p. 7 *apud* MARTINS et al. 2021)

A atuação dos assistentes sociais na área da gerontologia social se dá principalmente através do trabalho com as famílias, a partir de demandas que chegam a instituições como o Ministério Público, entidades do Sistema Único de Assistência Social e do Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa. No Brasil, os abrigos para idosos são chamados de ILPIs (Instituições de Longa Permanência para Idosos), que, em sua maioria são instituições filantrópicas ou privadas, com um número muito pequeno de instituições públicas, já que o Estado se desresponsabiliza com esse tipo de atendimento à pessoa idosa. Assim, contando apenas com recursos advindos dos próprios idosos que contribuem para o funcionamento das instituições, especialmente da renda adquirida através do Benefício de Prestação Continuada (BPC), em conformidade com o Estatuto do Idoso, as ILPIs filantrópicas priorizam a contratação de profissionais de saúde em detrimento dos assistentes sociais, que seriam indispensáveis para o pleno atendimento das necessidades dos idosos que ali habitam²¹⁹.

Todavia, essas ILPIs foram monitoradas por assistentes sociais que são funcionárias da Prefeitura da Cidade do Recife, do Ministério Público e que se articularam ao Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa²²⁰, durante a pandemia, e desenvolveram um trabalho muito exitoso, a partir da iniciativa da formação de um “Observatório²²¹ das ILPIs”.

Além da criação do Observatório – ILPI.26, essa equipe de profissionais de Serviço Social, em articulação com outras entidades de defesa dos direitos da pessoa idosa, lançou, em 04 de maio de 2020, um Manifesto²²² pelo direito à vida e assistência à saúde das pessoas idosas no Estado de

²¹⁹ Estas informações podem ser constatadas nos artigos de autoria de Tânia De Andrade, Fabíola Dionísio e naquele de Luana Corrêa e Micelane Lima, publicados no livro *Serviço Social e gerontologia: a proteção da pessoa idosa em tempos de pandemia*, que sistematizam os resultados da pesquisa Condições de vida da pessoa idosa nas Instituições de Longa Permanência na cidade do Recife, realizada pelo Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Ética – GEPE, da UFPE. Disponível em: < <https://editora.ufpe.br/books/catalog/view/362/372/1094>>. Acesso em: 16 jul. 2022

²²⁰ O **Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa do Recife – COMDIR**, órgão paritário, superior, de natureza deliberativa, colegiada e Permanente, criado pela Lei nº 17.310, de 29 de março de 2007, vinculado à estrutura da Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos, da Prefeitura da Cidade do Recife, tem por finalidade acompanhar e implantar a Política Pública Municipal de Inclusão Social, Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (art.1º) bem como formular diretrizes e supervisionar a execução das políticas públicas dirigidas à pessoa idosa, em defesa da inclusão social e no enfrentamento a qualquer forma de violência e discriminação, no âmbito do município do Recife (art.2º).

²²¹ O Observatório – ILPI.26 foi uma iniciativa coordenada pelo Centro de Desenvolvimento e Cidadania (CDC) que contou com a participação de vários Núcleos de Pesquisa de Universidades e profissionais representantes de Prefeituras Municipais e vinculados ao Conselho dos Direitos da Pessoa Idosa para monitorar e acompanhar 26 ILPIs do Estado de Pernambuco, no período da pandemia de Covid-19, situadas nos municípios de Olinda, Paulista, Abreu e Lima, Igarassu, Cabo de Sto. Agostinho, Recife, Jaboatão dos Guararapes, São Lourenço da Mata, Vitória de Sto. Antão, Gravatá e Arcoverde. As suas ações visaram também articular e promover orientação técnica para responsáveis pela administração e equipe de cuidados das 26 ILPIs durante o processo de pandemia e articular a realização de atividades que minimizassem os impactos do distanciamento social na saúde mental das pessoas idosas residentes das 26 ILPIs durante os meses de abril a novembro de 2020 (MARTINS; CAMPELO E PAIVA; SILVA, 2021).

²²² Esta iniciativa surgiu a partir de notícias recebidas especialmente dos países europeus que divulgavam dados de óbitos nas ILPIs, devido à contaminação em massa nas instituições: “Na (i) Itália: centenas de mortos em casas de repouso em Bérghamo. Numa delas idosos residentes ficaram sem comida em uma casa por dois dias no Sul porque os funcionários tiveram que entrar em quarentena; (ii) Espanha: militares encontram idosos abandonados e alguns mortos em suas camas; (iii) Reino Unido: 24 idosos morreram na casa de repouso em Bradwell Hall; (iv) França (Paris): mais de um terço das casas de repouso já tinham sido afetadas pelo coronavírus até o fim de março e (v) Irlanda do Norte: 32 casas de repouso afetadas pelo coronavírus”. (MARTINS et al. 2021, 140)

Pernambuco, em tempo de Covid-19, endereçado ao Ministério Público de Pernambuco, apresentando as preocupações com os impactos na saúde física e mental do segmento idoso, bem como críticas ao familismo e ao ageísmo que caracterizavam o discurso governamental. O Manifesto reivindicava a revogação da Emenda Constitucional 95/2016, que limita os gastos com o social por 20 anos e que tem impactos desastrosos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), reduzindo R\$ 20 bilhões dos recursos da saúde em 2020 do orçamento federal, tendo em vista que 75% do total de pessoas idosas no Brasil dependem exclusivamente do SUS. (MARTINS; CAMPELO E PAIVA; SILVA, 2021).

As assistentes sociais Kylvia Martins e Sálvea Campelo participaram na linha de frente dessas iniciativas e concederam entrevistas ao Programa Crivando a Pandemia. Nos seus depoimentos, podemos constatar que tudo isso só foi possível graças à articulação com o Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, como se pode ver a seguir:

[Temos] um grande diferencial, porque a gente tem um Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa de Recife que é bastante atuante. Então foi através desse conselho que eu vi que era um espaço estratégico para a gente tentar adentrar no que estava acontecendo.²²³

Além disso, tais depoimentos revelam o processo desencadeado por essas assistentes sociais no Estado de Pernambuco, que conseguiu controlar o contágio pelo vírus, a partir da adoção de medidas que podem ser apresentadas de acordo com o passo a passo em que se deram, conforme quadro abaixo:

Ações do Observatório ILPI.26 para controle do contágio pelo coronavírus
<ul style="list-style-type: none"> • Compra de Equipamento de Proteção Individual - EPI's para sete ILPIs (não governamentais)
<ul style="list-style-type: none"> • Monitoramento das 26 ILPIs (governamental e não governamental) via grupo de WhatsApp.
<ul style="list-style-type: none"> • Articulação interna com o Conselho da Secretaria de Saúde - Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Ambiental.
<ul style="list-style-type: none"> • Promoção da imunização dos idosos e dos profissionais de todas as ILPIs
<ul style="list-style-type: none"> • Organização da Testagem para Covid -19 quando esta estava sendo negada nos planos de saúde – direito violado
<ul style="list-style-type: none"> • Mobilização e treinamento de profissionais para realizar a testagem para Covi-19

O processo de como se deram essas ações pode ser melhor identificado nos depoimentos das assistentes sociais acima mencionadas:

E aí a gente fez a compra dos EPIs para as Instituições Filantrópicas que são 7, dessas 26. A gente fez um grupo de WhatsApp específico só das ILPIs. A gente fez o grupo do Observatório das ILPIs. A gente fez um grupo só de Recife colocando as instituições. [...] mas a gente tem uma interlocução com o Ministério Público que fortalecia o pedido

²²³ Programa Crivando a Pandemia N° 13. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=NE5bdRC7pAc&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=13>. Acesso em: 24 jul. 2022.

da gente. [...] A vigilância sanitária é uma vigilância que já acompanha diariamente essas ILPIs, mas o que a Vigilância Ambiental poderia estar fazendo? Então a gente começou a fazer a sanitização dentro dessas ILPIs (Instituições de Longa Permanência para Idosos) diariamente. [...] e, logo em seguida, a gente entendeu que só higienizar não seria suficiente para essas instituições; então foi necessário também fazer a vacina porque alguns idosos se encontravam com os sintomas e aí eu sempre batia na tecla de dizer que são idosos do município do Recife. A gente tem que fazer em todas as instituições e independente de ser pública, filantrópica ou privada. (Kylvia Martins)

Naquele momento era bem difícil fazer o teste, [por isso] tinha sido negado naquele momento pelo plano e a gente ao contrário foi lá, entrou na casa e a gente conseguiu fazer as testagens.

Aquela foi uma tomada de decisão que a gente conseguiu fazer. Isso falando parece fácil, mas foi muito difícil, não tínhamos profissionais suficientes para fazer isso. A gente fez o teste contando com os profissionais e mais de 1.000 pessoas. A gente tem mais de 600 pessoas abrigadas. E a gente vai também testar para os profissionais dessas instituições e a gente teve que usar estratégias. A gente tem uma gama muito grande de residentes nas secretarias. Então quais são os residentes que podem estar fazendo esse teste? Aí foi informado para a gente que os residentes de enfermagem e de odontologia poderiam ser treinados para fazer esse teste.

Então bora, vamos treinar os profissionais para estar fazendo esses testes e a gente conseguiu fazer a testagem de todo mundo e quando dava positivo a gente conseguiu, de certa forma, junto com a vigilância sanitária, isolar essa pessoa durante 15 dias e mesmo assim não era suficiente ainda porque existia o resto da população idosa que todo dia estava em casa e que precisava de uma atenção à saúde.

A partir dessa iniciativa, a 30ª Promotoria de Justiça da Cidadania de Defesa do Idoso da Capital expediu recomendação à Secretaria Municipal de Saúde ²²⁴, para que procedesse à ampla testagem de coronavírus nas pessoas idosas residentes de todas as ILPIs localizadas no Recife, sejam elas públicas, filantrópicas ou privadas, priorizando as que tinham notificados óbitos e casos suspeitos de Covid-19, bem como nos profissionais que trabalham nelas. Além disso, a Secretaria de Saúde do Recife realizou a desinfecção das referidas instituições, iniciando com as casas que apresentaram óbitos e casos suspeitos de coronavírus, a fim de evitar acelerada contaminação.

Outra iniciativa de grande relevo realizada pelas assistentes sociais que atuam na área da gerontologia social foi a criação do Abrigo Provisório Edusa Pereira, para acolher pessoas idosas em situação de rua com o objetivo de minimizar as chances de contaminação pela covid-19. O equipamento está sob a administração da Secretaria de Desenvolvimento Social, Juventude, Políticas sobre Drogas e Direitos Humanos (SDSJPDDH) que tem intersetorialidade com outras secretarias municipais e órgãos, a exemplo de Saúde e Educação, tal como se pode ver no depoimento a seguir:

a gente entendia que existia a população idosa de rua e existia também aqueles idosos que estavam tendo alta do hospital, mas não tinham para onde ir. Então, assim, com

²²⁴ CBN Recife. **MPPE recomenda testagem geral de Covid-19 nos idosos residentes e equipes profissionais das ILPIs do Recife.** Disponível em: <<https://www.cbnrecife.com/artigo/mppe-recomenda-testagem-geral-de-covid-19-nos-idosos-residentes-e-equipes-profissionais-das-ilpis-do-recife>>. Acesso em: 16 jul. 2022.

recursos do Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa foi criada mais uma instituição que se deu até o nome de Abrigo Provisório Edusa Pereira, em homenagem a essa grande mulher idosa. (Idem)

Atuação dos e das Assistentes Sociais na área da Saúde e o Sistema Único de Saúde

O Brasil vivenciou um período de autoritarismo marcado pela ditadura militar que durou vinte anos (1964 a 1985) e que restringiu por completo os direitos civis, políticos, sociais e humanos no País. O processo de redemocratização alcançou seu auge com a promulgação da Constituição de 1988, que emergiu como resultante de uma mobilização popular e social das forças da sociedade civil organizada, dos partidos social-democratas, como o Partido dos Trabalhadores, dos Movimentos Sociais e também contou com a colaboração do segmento progressista da Igreja Católica, veiculado pela Teologia da Libertação. Esta Constituição, reconhecida como a “Constituição Cidadã”, reestabeleceu o Estado de Direito e consagrou em suas cláusulas os direitos sociais, de modo tão bem articulado que preparou as bases legais para a criação de políticas sociais que viriam a definir uma nova relação entre sociedade e Estado, inaugurando uma nova fase propulsora da definição do papel do Estado no enfrentamento das desigualdades e da questão social, antes acirradas pela autocracia burguesa. (NETTO, 1991)

Dentre as inovações emersas na Constituição de 1988, encontra-se o estabelecimento da seguridade social como direito que abrange o tripé saúde, previdência e assistência. Esta concepção de seguridade social contém uma visão de cidadania na qual o Estado passa a ser responsável, do ponto de vista econômico-financeiro, legal e político, pela prestação de serviços universalizados de saúde, previdência e assistência social a toda a população. De acordo com Boschetti,

O conceito de seguridade social defendido pelo Serviço Social busca reforçar esses avanços, mas vai além e sustenta um modelo que inclua todos os direitos sociais previstos no artigo 6º da Constituição Federal (educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência e assistência social), de modo a conformar um amplo sistema de proteção social, ajustado às condições econômicas e sociais dos cidadãos brasileiros (BOSCHETTI, 2004).

Lançadas essas bases, foi possível introduzir e regulamentar o Sistema Único de Saúde (SUS) e, posteriormente o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Para uma compreensão da magnitude desta conquista social, se faz necessária uma explicitação da natureza, princípios e funcionamento de cada um desses Sistemas.

O SUS – Sistema Único de Saúde

O SUS emergiu como consolidação do Movimento da Reforma Sanitária, que reunia sujeitos da sociedade civil e política e movimentos sociais, formados por profissionais da área da saúde e da área social que, desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, vinham elaborando uma proposta de atendimento à saúde que fosse público e oposto à medicina privada que considera, em princípio, a saúde como mercadoria e que se fazia presente na sociedade brasileira através principalmente dos Planos de Saúde, restritos a um segmento inferior a 25% da população. (MENICUCCI, 2014: 84).

O SUS tem como princípios: a universalidade, a descentralização e a participação popular. A universalidade significa que todos os segmentos populacionais, toda a população, especialmente aquela mais pauperizada, tem direito ao acesso a todos os serviços de saúde públicos. Isso faz do SUS um Sistema admirável, que nas palavras de alguns estudiosos, quer dizer que:

O SUS foi definido a partir de princípios universalistas e igualitários, o que é algo de fazer inveja a outros países. Estive num debate na Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal) agora em outubro de 2013, e todos se mostraram fascinados pelo fato de um país do tamanho do Brasil ter um sistema com princípios universalistas e igualitários – quer dizer, para todos e de forma igual – embasado na concepção de saúde enquanto direito de todos e dever do Estado (MENICUCCI, 2014: 78).

A descentralização administrativa e participação popular têm como significado o fato de que:

o SUS vai para os cinco mil e tantos municípios brasileiros, concretizando a ideia do atendimento integral em todos os níveis de complexidade da atenção; e da participação da sociedade, que reflete todo o contexto de democratização, da ação de movimentos sociais para ampliação da democracia. (MENICUCCI, 2014: 79).

Todavia, a própria Constituição deu margem à continuidade da segmentação público-privado, admitindo a possibilidade de financiamento da medicina privada com recursos públicos, o que pesou negativamente na implementação do SUS, nos moldes previstos pelo Movimento da Reforma Sanitária. Além disso, a década de noventa representou uma adversidade que se materializou enquanto conflito entre os ideais e princípios constitucionais e a tendência neoliberal que inundava o País, em consonância com a conjuntura internacional, que discutia a redução do papel do Estado nas políticas públicas. Só após os anos 2000, o Brasil virá a restaurar as iniciativas pré-configuradas na Constituição de 1988, ainda que a tendência neoliberal se mostrasse de forma moderada nos governos Lula e Dilma. Assim, o que a Constituição requeria ia na contramão de tudo o que o mundo inteiro preconizava como direção do papel do Estado e do financiamento das políticas sociais. Esse rebatimento da tendência neoliberal mundial repercutiu mais diretamente e atingiu radicalmente a direção do financiamento das políticas sociais, com o golpe de 2016, quando, através da Emenda Constitucional 95, citada anteriormente, ficaram congelados os gastos com o social pelo período de 20 anos.

Essa medida governamental teve repercussões drásticas sobre as possibilidades de funcionamento do SUS no enfrentamento da pandemia de Covid-19, já que o desmonte das políticas sociais resultou no sucateamento do SUS, em função do “favorecimento do mercado e de facilitação do acesso ao fundo público, com gestão de Hospitais e Serviços Públicos feita por Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)”. (MELO; SILVA, 2021), seguindo a tendência neoliberal do governo federal, cujas “determinações delineiam a privatização da Atenção Básica (AB) em Saúde” e a ausência, durante a pandemia, de elaboração de um plano nacional de enfrentamento, sistêmico e articulado de toda a rede de atenção à saúde, “na qual a Atenção Primária à Saúde (APS) assumiria papel protagônico considerando-se sua alta capilaridade e experiência no combate a epidemias, como Febre Amarela, Dengue, Chikungunya e Zika” (TURCI, HOLLIDAY, DE OLIVEIRA, 2020, apud MELO; SILVA, 2021).

De acordo com as autoras, o que se verificou, ao contrário, foi o privilegiamento da assistência urgencializada - emergencializada com foco nos casos moderados a graves. A opção pelo direcionamento hospitalocêntrico, em detrimento da abordagem familiar e comunitária e das ações de promoção e prevenção, foi amplamente criticado por especialistas, organizações de controle social do SUS e entidades de saúde coletiva do país. Ressaltava-se não faltar ao Brasil aparato técnico especializado e instituições públicas de saúde, aptas à proposição de medidas

técnico-científicas integradas e inclusivas das redes de Atenção Básica de contenção da transmissão do vírus e acompanhamento de casos nos territórios. (MELO; SILVA, 2021).

Durante a pandemia, foram suspensos os atendimentos de Atenção Básica, conforme pode se ver nos Artigos 1º e 2º da Portaria emitida pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco:

Art. 1º. Determinar, entre o período de 18 a 28 de março de 2021, a suspensão de cirurgias e procedimentos eletivos que demandem internação hospitalar nas unidades da Rede Assistencial Pública e Privada no âmbito do Estado de Pernambuco. Parágrafo único. Para fins do caput, caracterizam-se como cirurgias e procedimentos eletivos, aqueles que possam ser adiados e/ou reprogramados sem prejuízo à saúde do paciente.

Art. 2º. Recomendar, no período previsto no caput do art. 1º, a suspensão de consultas eletivas, procedimentos diagnósticos e terapêuticos ambulatoriais nos consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais que compõem a rede pública e privada, os quais possam ser adiados e/ou reprogramados sem prejuízo à saúde do paciente.²²⁵

O SUAS – Sistema Único de Assistência Social e a atuação dos/das profissionais na Área da Assistência

Como dissemos acima, a Constituição de 1988, chamada de Constituição Cidadã, estabeleceu os direitos sociais e criou as condições para que as políticas sociais funcionassem como uma resposta às expressões da questão social. Também definiu um local específico para a assistência social, ao instituir a Previdência Social como um sistema composto pelo tripé: previdência, saúde e assistência.

No que se refere à assistência social, inicialmente, foi aprovada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), em dezembro de 1993, que deu início ao processo de construção da gestão pública e participativa da Assistência Social. Ela estabeleceu os princípios da Política de Assistência Social e definiu que “a gestão da política e a organização das ações devem ser articuladas em um sistema descentralizado e participativo, organizado nos três níveis de gestão governamental” e que “a sua implementação torna-se tarefa explicitamente compartilhada entre os entes federados autônomos” (Brasil, PNAS, 2004), isto é, o governo federal, estadual e municipal.

Com a LOAS, se definiu também o Benefício de Prestação Continuada (BPC) que representou um avanço na concepção de assistência como direito social e criou um parâmetro legislativo favorável especialmente ao segmento idoso não aposentado e aos deficientes. O BPC é um benefício no valor de um salário mínimo para assegurar a sua sobrevivência, tendo em vista que estes segmentos se demonstravam como os mais vulneráveis diante da sua condição de não contribuintes da previdência e desprovidos de qualquer tipo de cobertura social. Além disso, a LOAS definiu os princípios básicos da assistência social, colocando-a como direito de cidadania e extraindo da assistência o caráter de caridade e filantropia, atribuindo-lhe a perspectiva de transformar-se numa política social que a caracterizava como dever do Estado, da família e da sociedade para com todos aqueles que dela necessitassem.

²²⁵ DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE PERNAMBUCO. 17 de março de 2021. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diario-oficial-17-mar-2021_portaria_sespe_no_187.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2022.

Assim, também a assistência social galgava o patamar de política social universal, já que não exigia qualquer tipo de contribuição para o acesso aos serviços e programas sociais que dela derivariam. A esse respeito, a Comissão da Ordem Social da Assembleia Constituinte, 1988, afirma que:

É imperativa a inclusão das políticas assistenciais na nova Carta constitucional, já que mais da metade da população brasileira pode ser considerada candidata a programas assistenciais, como a única maneira de garantir os seus direitos sociais básicos. 'Hoje é possível afirmar-se, sem receio de contestação, que o Brasil é, realisticamente analisado, um país majoritariamente miserável, bem mais do que apenas pobre, ou mesmo indigente' (Jaguaribe et alii, 1986: 66). Estaria, no momento, em situação de miséria cerca de 42% da população total do país. Se a esse índice somar-se o que pode ser considerado como situação de pobreza tem-se mais 22%. Quase 65% da população brasileira pode, portanto, ser considerada pobre ou miserável (Brasileiro e Mello, 1987, apud SPOSATI, 2010: 40).

No entanto, os governos que se seguiram à Constituição receberam um forte influxo neoliberal que impediu imediatamente a efetivação de tais direitos nas políticas sociais. que só foram institucionalizados com os governos social-democratas de Lula e Dilma a partir dos anos 2000, que instituíram a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o Estatuto do Idoso, o Estatuto da Juventude, além de criar diversos programas e benefícios sociais, dentre eles o Programa Fome Zero, voltado para as metas do milênio da ONU para a erradicação da pobreza e da fome.

A PNAS só foi regulamentada em 2004, com o objetivo de dar materialidade à LOAS e, assim, promover a prevenção, proteção e inclusão social, tendo como base a noção da matricialidade familiar, que reconhece a família como o eixo de estruturação de suas ações por entender que os vínculos familiares e comunitários representam uma condição indispensável para que os indivíduos não venham a sofrer situações de vulnerabilidade ou de risco social. Um ano após a PNAS, isto é, em 2005, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) é implantado possuindo equipamentos institucionais que abarcam a Proteção Social Básica e Especial. A Proteção Social Básica é responsável por prevenir situações de risco e tem como principal equipamento os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), nos quais destacam-se os serviços de convivência e fortalecimento de vínculo. A Proteção Social Especial, por sua vez, é destinada àqueles que vivenciam/vivenciaram situações de risco, seja ele pessoal ou social, e/ou que sofreram com a violação de seus direitos. Seus principais equipamentos são os Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e os Centros POP, estes que são destinados à população em situação de rua.

Na Proteção Básica são desenvolvidos serviços, programas e projetos de acolhimento, convivência e socialização de famílias e indivíduos, tais como o Benefício de Proteção Continuada (BPC), o Bolsa Família (BF), o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), o Acolhimento de Crianças e Adolescentes, as Medidas Socioeducativas, o CadÚnico e os Benefícios Eventuais (BE). (RAICHELIS, et al., 2019: 97).

A Proteção Social Especial se organiza em níveis de média e alta complexidade e são ofertados pelos equipamentos CREAS e Centros POP, além de entidades como Centro-Dia de Referência para Pessoa com Deficiência e Unidades de Acolhimento, tais como: Casa Lar, Abrigo Institucional, República, Residência Inclusiva e Casa de Passagem, albergue, família substituta,

família acolhedora, medidas socioeducativas restritivas e privativas de liberdade. De acordo com as autoras Ozanira Silva, Raquel Raichelis, Carmelita Yazbek e Berenice Couto (2019), “a proteção social especial destina-se a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social em decorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, dentre outras”. “na média complexidade, a PNAS prevê os seguintes serviços: orientação e apoio sócio-familiar, plantão social, abordagem de rua, cuidado no domicílio, habilitação e reabilitação na comunidade das pessoas com deficiência, Medidas Socioeducativas em Meio Aberto (MSE) e Prestação de Serviço à Comunidade (PSC) (Brasil, 2005). “Na alta complexidade, a proteção especial envolve serviços que devem garantir proteção integral (alimentação, higienização, trabalho protegido, moradia) para indivíduos e famílias sem referência ou em situação de ameaça.” (Brasil, 2005).

Tendo em vista o princípio da descentralização administrativa, os equipamentos do SUAS (CRAS, CREAS e Centros POP) devem ser ofertados pelos municípios, obedecendo uma exigência que corresponde ao número de habitantes por Região Política Administrativa (RPA) que considera a distribuição da população por bairros. De acordo com a PNAS (Brasil, 2005), “a proteção social básica tem por referência o serviço de acompanhamento de grupos territoriais até 5.000 famílias sob situação de vulnerabilidade, em núcleos com até 20.000 habitantes”.

Esta é a orientação legal, mas do ponto de vista da realidade concreta, os CRAS atuam como Centros de Referência para uma população bem mais abrangente do que a prevista, o que dificulta e compromete a qualidade do trabalho desenvolvido pelos profissionais que nele operam. Na cidade do Recife, por exemplo, cuja população estimada pelo IBGE, em 2021, é de 1.661.017 habitantes²²⁶, existem apenas 12 CRAS, distribuídos por RPAs (Regiões Políticas-Administrativas), 6 CREAS e 2 Centros POP para atender toda aquela população. Isso reflete ainda o resquício da não centralidade da Política de Assistência Social no rol das outras políticas sociais e, ao mesmo tempo representa um descaso das instâncias governamentais no que se refere à prestação de assistência à população.

As equipes profissionais são compostas por assistentes sociais, psicólogos, pedagogos e técnico-administrativos, mas a inexistência do número adequado de CRAS nos municípios faz com que tais equipes sejam insuficientes para atender às demandas da população e dificulta a realização de todos os pré-requisitos da PNAS que também considera a necessidade de trabalho comunitário como referência para os estudos sociais e diagnósticos sociais nos territórios. Além disso, considere-se que a indefinição das fontes de recursos torna a Política de Assistência, uma política vulnerável aos interesses governamentais que, na conjuntura atual se demonstram como desfavoráveis ao financiamento dos serviços e programas previstos na legislação. A rigor, para o orçamento da Seguridade Social, a LOAS recomenda que:

Estados, Distrito Federal e Municípios invistam, no mínimo, 5% do total da arrecadação de seus orçamentos para a área, por considerar a extrema relevância de, efetivamente, se instituir o co-financiamento, em razão da grande demanda e exigência de recursos para esta política. (Brasil, PNAS, 2004).

Durante a pandemia de Covid-19, a distribuição do investimento em assistência não priorizou o cumprimento previsto na legislação, na medida em que o governo central deixou recair

²²⁶ IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/recife.html>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

sobre os Estados e Municípios os gastos com assistência social, fato que representou um grande esforço por essas instâncias e uma desresponsabilização da administração em nível federal com o social. Os municípios mais pobres não puderam atender à demanda, especialmente àquela que se revelou mais contundente que foi o aumento da miséria e da fome. O descaso do governo central sobrecarregou as instâncias estadual e municipal e impediu uma ação centralizada no enfrentamento da pandemia, deixando a cargo das instâncias descentralizadas, a responsabilidade com a saúde e a assistência, o que provocou uma atuação particularizada dessas instâncias, de acordo com suas possibilidades e recursos financeiros. As comunidades e favelas não receberam o devido suporte em recursos e equipamentos de proteção contra a disseminação do vírus e a recomendação do lockdown não pôde ser seguida à risca, dadas as necessidades materiais de comida e atendimento das necessidades de sobrevivência. Só bem tardiamente o governo federal aprovou junto ao legislativo o auxílio emergencial que passou a ser no montante de R\$ 600,00, após muitas negociações no Congresso, tendo em vista que a proposta inicial do poder executivo era de apenas R\$ 200,00. A esse respeito, vale considerar o debate sobre universalização versus seletividade no âmbito da prestação de serviços e benefícios da assistência social, conforme este importante depoimento de Robélia Lopes:

a gente vê algumas medidas que, mesmo emergenciais no contexto pandêmico, vieram aí com uma forte focalização e seletividade, a exemplo o auxílio emergencial que teve um corte de muitos trabalhadores que não conseguiram ter acesso pelos critérios que foram muito confusos, pela não transparência da informação, [não se sabe:] de onde saiu esse banco de dados?, De onde foi puxado essas pessoas que tem direito ou não ao auxílio emergencial? Isso foi uma demanda que chegou de forma muito concreta para a gente dentro do território nos CRAS.²²⁷

Assim, a atuação de profissionais de Serviço Social se direcionou em grande parte para a distribuição de cestas básicas para minimizar a condição de insegurança alimentar e fome da população e os equipamentos do SUAS passaram a ser a referência para a prestação desse serviço, conforme explícita a mesma Robélia Lopes:

A assistência social ficou voltada para o atendimento da distribuição das cestas básicas. [...] Quanto à demanda da fome, foram demandas emergenciais mesmo, e aí se voltou para o atendimento técnico que também foi presencial, a gente não saiu do território, em nenhum momento. (Idem)

A LOAS recomenda ainda a ação intersetorial, na qual os profissionais da assistência são chamados a atuar em rede socioassistencial com profissionais e serviços de outras políticas sociais, especialmente aquela da saúde e da educação. Como ainda podemos perceber que Robélia Lopes quer nos dizer é que a dinâmica de trabalho na política de saúde foi diferente da política de assistência social, pois na saúde a equipe constituiu uma proposta de trabalho, pois eles já estavam meio que preparados, por conta de experiências anteriores com relação a outras pandemias/endemias.

²²⁷ Programa Crivando a Pandemia, Nº15. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=7AUgJvZXOs8>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

Além disso, podemos perceber ainda, que desde o início de março de 2020 a equipe do NASF já havia estruturado uma proposta de trabalho. Vejamos ainda esse trecho do depoimento de Robélia Lopes:

Na política de saúde, como a gente já vinha com essa preocupação, a gente já estava com o sentido de alerta, quando, em março/2020, foi decretada a contaminação comunitária, e já começaram a acontecer os casos aqui em Pernambuco, a gente já construiu uma proposta de trabalho. A equipe NASF é uma equipe multiprofissional onde a gente tem assistente social (sou eu), nutricionista, fono, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. E a gente desenhou e redesenhou nosso processo de trabalho que já contemplava algumas atividades que pudessem ser de forma remota e outras que pudessem ser de forma presencial e entregamos à nossa Coordenação de gestão. [...] Posteriormente quando Recife emitiu os protocolos, a nossa proposta já foi incorporada ao protocolo inicial da gestão. Então a gente meio que antecipou o processo, que foi muito interessante, porque foi um processo coletivo e a gestão dos NASF incorporou os processos que foram discutidos pelas equipes. Depois esses processos foram publicados: saiu um artigo com esse desenho dos processos de trabalho como a gente desenhou. (Idem)

Esta ação em rede foi uma característica que marcou a atuação na área da assistência, no período pandêmico, tendo em vista que a área da saúde requisitava constantemente o suporte dos serviços de assistência social para atender as necessidades da população que se expressavam conjuntamente com aquelas necessidades da pandemia e acirravam a condição de vulnerabilidade e risco em que se encontrava a população. O mapeamento dessa rede, feito pelas assistentes sociais foi logo socializado, através de materiais educativos, utilizando recursos como o whatsapp, o instagram, etc. para orientar os usuários e outros profissionais. No caso de Robélia, podemos perceber a qualidade dessa importante ação social:

Eu passei a fazer atendimento na unidade para algumas situações para encaminhar alguns serviços, então eu tive que mapear essa rede, [...], foi tentar identificar como estava funcionando o CAPS, como estava essa porta de entrada que, com o Covid que mudava a todo momento, como estava a dinâmica de alguns serviços, e aí a partir desse mapeamento da rede e ver como estava o fluxo e o protocolo dos serviços para receber os usuários que chegassem, a gente elaborou, [...] alguns materiais educativos, pedagógicos. A grande fonte de disseminação desses materiais foram os grupos de WhatsApp que a gente fez com as gestantes e idosos que a gente já acompanhava. Então a gente criou grupos de WhatsApp e a gente também abriu o Instagram para quem pudesse acessar. (cit.)

As Tecnologias da Informação – TICs e a Atuação de assistentes sociais

Um suporte fundamental para a atuação de assistentes sociais, nesse contexto, foi o trabalho remoto que fortaleceu a rede socioassistencial e funcionou como alternativa possível para responder às demandas e necessidades sociais emergentes. De acordo com a assistente social Kylvia: “a gente teve que se adaptar muito rápido a essas ferramentas e foram essas ferramentas que possibilitaram a gente organizar aquela rede”. (cit.)

O debate sobre a repercussão das tecnologias de informação (TICs) no trabalho profissional de assistentes sociais está sendo um tema cada vez mais estudado e pesquisado, isso porque cada vez mais as TICs se tornam presentes, não somente nas empresas, mas também nas políticas sociais.

Concordamos com Raquel Raichelis e Carola C. Arregui (2021) ao afirmarem:

No quadro pandêmico atual, o que era residual e embrionário, como o trabalho remoto ou o teletrabalho, generalizou-se como o “novo normal” — que não deve ser naturalizado —, exigindo acompanhamento crítico, pois certamente muitas dessas modalidades de trabalho, adotadas na situação de excepcionalidade, tendem a permanecer mesmo após a pandemia, inclusive no trabalho docente. (RAICHELIS, ARREGUI, 2021, p. 145)

O trabalho remoto, apoiado nas TICs, além de se realizar em espaços inadequados (afinal, a casa não foi criada para o trabalho), transfere os custos aos(as) próprios(as) trabalhadores(as) (internet, pacote de dados, manutenção do computador, energia elétrica etc.) e traz maior impacto sobre as mulheres, pois, na tradicional divisão sexual do trabalho, são elas que assumem a responsabilidade pelas atividades domésticas, cuidados com crianças, idosos e doentes, sofrendo maior invasão do tempo de trabalho na vida privada. (Idem, p. 146)

Nesse contexto, as autoras sinalizam ainda importantes reflexões e estratégias para o trabalho profissional, no sentido de estimular o exercício de sua autonomia profissional.

É fundamental que os(as) profissionais definam técnica e eticamente o que não é possível realizar na modalidade de teletrabalho, o que é possível realizar e em que condições, para que sejam garantidos segurança no trabalho, qualidade no atendimento, sigilo profissional, respeito aos direitos de usuários(as) e trabalhadores(as). Se assim não for, certamente essas decisões serão impostas pelo poder institucional durante e após a pandemia (Idem, p. 148)

Assim, muitos benefícios passaram a ser acessados pela modalidade remota, mas, na assistência, o trabalho profissional funcionou como possibilidade de mediação da informação e capacitação da população para tornar possível o acesso ao benefício, como no caso do BPC. Em seu relato, a assistente social Robélia também sinalizou uma preocupação com uma tendência de “plataformização” para acesso aos benefícios, com destaque ao BPC, tal tendência dificulta o acesso da população a esse benefício, pois parte da população ou não possui celular para baixar o aplicativo, ou não tem conhecimento para o manuseio da plataforma. Tal processo, segundo Robélia, é uma forma de expropriação de direitos:

A gente também atendeu muita demanda de BPC porque, com o INSS fechado, a população não tinha acesso à informação, não manuseava os equipamentos tecnológicos. Eu penso que essa informatização é uma forma de expropriação de direitos, então a população não acessava, não compreendia essas mudanças e o CRAS foi o serviço que acolheu essas demandas territoriais (cit.).

Com relação a este aspecto, estamos em consonância com o pensamento de Boschetti e Teixeira quando afirmam que:

A expropriação de direitos sociais é compreendida como processo de subtração de condições históricas de reprodução da força de trabalho mediada pelo Estado Social por meio da reapropriação, pelo capital, de parte do fundo público antes destinado aos direitos conquistados pela classe trabalhadora por intermédio de sucessivas e avassaladoras contrarreformas nas políticas sociais, que obriga a classe trabalhadora a oferecer sua força de trabalho no mercado a qualquer custo e a se submeter às mais perversas e precarizadas relações de trabalho, que exacerbam a extração da mais-valia relativa e absoluta (BOSCHETTI, TEIXEIRA, 2019, p. 81).

A dimensão pedagógica do trabalho profissional

Um ponto interessante sinalizado por Robélia foi o fato dela, enquanto assistente social, procurar ler sobre a experiência de outros países durante a pandemia (como por exemplo: Portugal e Espanha); assim ela pode encontrar um meio de se antecipar sobre futuras demandas que poderiam chegar aos equipamentos sociais, como por exemplo o aumento dos casos de violência contra mulher.

Então eu busquei alguns artigos de Portugal, até pela acessibilidade da língua, e também da Espanha. Então eu vi alguns “gargalos”, algumas situações, algumas expressões da questão social naquele contexto, e aí eu vi que eles sinalizavam muito algumas questões de saúde mental e questões de aumento de situações de violação de direito e de violência contra mulher, contra pessoa idosa. Então, a partir desse estudo sobre o que poderia acontecer no território, e imaginando que poderia acontecer de forma mais acentuada. [...] Esses casos, eu, enquanto Núcleo, elenquei como emergenciais e seriam casos que sim, eu faria uma visita domiciliar cumprindo os protocolos. (Idem)

E de fato a gente recebeu muita denuncia da comunidade: acho que a comunidade ficou mais sensível e mais atenta a essas situações de violação de direito e de negligência [...] E acho que o Ministério Público fechou seus atendimentos e essas demandas foram muito presentes para a gente que estava no território. (Idem)

Nesse contexto, a dimensão pedagógica do Serviço Social foi bastante requisitada, pelas demandas emergentes no território, e muito potencializada pelas assistentes sociais como se pode ver no depoimento a seguir:

A gente organizou nessa dimensão, tanto assistencial, técnico-assistencial de atendimentos, acompanhamento, das visitas domiciliares; quanto a gente reorganizou a demandas de dimensão pedagógica, que são os grupos que a gente fazia, então a gente reconstruiu grupos por meio remoto que já existiam... de gestantes... de idosos. A gente produziu muito material educativo. Nesse período a gente estava recebendo, a gente tinha residentes do programa de residência em saúde da família da Secretaria de Saúde, então junto com os residentes a gente construiu muito material educativo, o que facilitou as nossas atividades por meio remoto, os grupos e essa aproximação. (Robélia, cit.)

Foi elaborado também um jornalzinho de divulgação de informação direcionado a outros profissionais da saúde, mediante tal jornal as/os profissionais falavam sobre suas experiências. O jornal também foi utilizado como uma ferramenta de debate e reflexões políticas, como, por exemplo, o debate sobre a questão racial – “Vidas Negras Importam”. (Robélia, cit.).

Vejamos agora um depoimento de uma assistente social, Priscylla Cavalcante, que reafirma a importância das *lives*, enquanto explicitação da dimensão pedagógica da prática dos e das profissionais:

Eu destaco a importância para os/as profissionais de serviço social dos cursos/encontros/seminários/debates (CRESS/CFESS/Professores/as) que foram

propostos e realizados por meio de *lives* durante o período pandêmico, utilizando a tecnologia em favor do fortalecimento/aperfeiçoamento da categoria profissional.²²⁸

Com efeito, a dimensão pedagógica é inerente e indispensável ao trabalho do(a) assistente social, em qualquer espaço sócio-ocupacional, especialmente nas comunidades e territórios, pois ela é aquela dimensão capaz de retirar os indivíduos e usuários do Serviço Social e a população de um modo geral do senso comum e conferir-lhes uma perspectiva de consciência que lhe permita compreender e atuar diante da realidade de forma crítica e organizada. Conforme a análise de Marina Abreu,

A dimensão pedagógica do Serviço Social remete à sua função primeira, essencial na sociedade, isto é, diz respeito aos efeitos da ação profissional na maneira de pensar e agir dos sujeitos envolvidos nesse processo, contribuindo para formação de subjetividades e padrões de conduta individuais e coletivas, elementos esses constitutivos de uma cultura, a qual, com base na análise gramsciana, diz respeito ao modo de vida, isto é, maneira de pensar e agir, sociabilidade, adequada à racionalização da produção e do trabalho, portanto, uma dimensão das relações de hegemonia na sociedade (ABREU, 2004, p. 66)

A esse respeito, recomendamos a leitura do nosso artigo *Ética, Ciência e Pandemia*, publicado na revista *Cadernos GEPE* (MUSTAFÁ, 2021), no qual refletimos “sobre a necessidade de se colocar em questão o significado mesmo da ciência e a urgência que temos, em tempos de pós-modernidade, de inaugurar uma reflexão sobre o que vem a ser a ciência e qual o divisor de águas com o senso comum”. Em outras palavras, ali:

[...] tecemos algumas considerações sobre a tradição que alicerça o conceito mesmo de ciência, já na filosofia antiga, que é o alicerce da cultura ocidental e do debate que permeou durante séculos sobre a noção de ciência e senso comum, para ao fim, extrairmos as contribuições do pensamento materialista histórico dialético que representou um divisor de águas na compreensão do significado de ideologia, enquanto versão invertida da realidade que mistifica os fatos, atribuindo-lhes existência própria ou divina, subestimando a capacidade racional dos seres humanos em interpretar a realidade e atuar sobre ela de forma consciente e autônoma²²⁹.

Neste sentido, torna-se interessante ainda perceber o compromisso dos(as) profissionais em busca de socializar experiências/relatos profissionais por meio da elaboração de artigos sobre o processo de trabalho:

A experiência da gente de cuidado com a saúde mental de trabalhadores [...] a gente também conseguiu publicar em revista Estudos Universitários da UFPE, saiu agora em dezembro nosso artigo. Então a gente foi pensando experiências e sistematizando porque era tudo muito novo, e também tendo esse olhar da publicação e da socialização dessas experiências. (Robélia, Idem).

²²⁸ Programa Crivando a Pandemia. Nº13. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=NE5bdRC7pAc&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=13>. Acesso em: 24 jul. 2022.

²²⁹ MUSTAFÁ, Maria Alexandra. *Ética, Ciência, Pandemia e Serviço Social*. In: **Cadernos GEPE**. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernosgepe/article/view/252877>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

Outros profissionais participaram de GTs (Grupos de Trabalho) para refletir e elaborar protocolos que servissem de suporte à atuação dos próprios profissionais, face às demandas apresentadas pelos usuários, como se pode ver no depoimento de José Albuquerque:

Eu participei desse GT, foi a nível nacional, eu participei representando a Superintendência 4, que é a Região Nordeste do INSS. Nesse GT além de mim assistente social, tinha profissionais de outras áreas, como TO, fisio, e a gente discutiu como poderia o serviço de reabilitação fazer esses atendimentos, e aí a gente construiu uma portaria para que normatizasse esses atendimentos junto à população²³⁰.

Não priorização de assistentes sociais que atuam na área da assistência como prioritários no período pandêmico

Robélia sinalizou bem como seu engajamento na luta dos trabalhadores(as) da assistência social pela vacinação, pois estes não foram contemplados no Plano Nacional de Imunização e também chegaram a receber EPI de qualidade duvidosa, quando necessitavam de bons equipamentos para realizar o trabalho em modo presencial, especialmente as visitas domiciliares:

A gente se organizou politicamente e teve que fazer um enfrentamento enorme, porque em nenhum momento a gente saiu do território, a gente deixou de trabalhar, mas nós não fomos contemplados no plano de imunização nacional. A política de assistência social foi invisibilizada. E aí a gente teve que se organizar politicamente, criar estratégias de luta para que a gente fosse visto e vacinados, e aí fizemos uma grande estratégia de reuniões, de mobilizações, de paralisação de um dia, armamos faixas, fomos para as ruas com poucas pessoas, com distanciamento social, mas a gente precisava ser visto porque senão não seríamos vacinados. Eu estava vacinada porque era trabalhadora também da saúde, mas meus companheiros não estavam e estavam expostos a todo momento. (cit.)

A partir de tal fala se observa além da atuação política na luta por direitos trabalhistas, uma “solidariedade de classe” pois embora ela (Robélia) estivesse vacinada por ser também profissional da saúde, as/os demais colegas não estavam. Assim ela participava e contribuía com a organização das/os trabalhadoras(es) da assistência. Aqui cabe destacar a trajetória histórica de organização das/os trabalhadoras(es) da assistência social em Recife, que pode ser acessado a partir do artigo de Salyanna de Souza Silva e Alexandra Mustafá que dá visibilidade à essa luta na política de assistência social na cidade do Recife²³¹.

²³⁰ Programa Crivando a Pandemia N° 15. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=7AUgjuZXOs8&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=15>. Acesso em: 24 jul. 2022.

²³¹ SILVA, Salyanna de Souza; MUSTAFÁ, Maria Alexandra da Silva Monteiro. Projeto ético-político, consciência de classe e projeto societário: uma relação dialética. In: **Revista Temporalis**, v11, n° 2, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/2190>>. Acesso em 12 de dezembro de 2021.

Considerações Finais

A Priorização da Ética e as Lições para o futuro do Serviço Social

O Serviço Social brasileiro adotou o pensamento marxista como base de seus princípios teórico-metodológicos, desde o “Congresso da Virada”, em 1979, por chegar à conclusão, depois de um longo percurso histórico e analítico, de que o princípio fundamental da ética de Marx, que é a inadmissibilidade da exploração do homem, não pode ser aceito por uma profissão como a nossa que é necessária e eminentemente humanista. A partir de então, criou um Projeto Ético-Político, radicalmente humanista, que, até hoje, dá a direção da formação e da prática profissional, em suas dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operacional, na busca da construção de uma sociedade emancipada, livre e democrática. Os desdobramentos deste Projeto Ético-Político foram, respectivamente, a reformulação das diretrizes curriculares (1996), a reformulação da Lei de Regulamentação da Profissão (1993), que define as atribuições e competências dos(as) assistentes sociais, e a reformulação do Código de Ética (1993), que tem como princípios básicos, a defesa intransigente dos direitos humanos, a democracia, a justiça social, a luta contra a discriminação e o preconceito e a defesa de uma nova ordem societária.

Em consonância com os Princípios Éticos Globais para o Serviço Social Mundial²³², elaborados pela IASSW-AIETS e pela FITS (2016), uma das cláusulas do nosso Código de Ética é o compromisso com a defesa da população em situações de calamidades. A pandemia representou uma grande calamidade, em nível mundial, deixando todos os seres humanos vulnerabilizados, de modo especial aqueles que se encontram em situação de pobreza ou de fragilização em sua imunidade pessoal, como o segmento idoso.

Diante desse quadro, os(as) assistentes sociais entrevistados(as) expressaram a sua adesão a tal cláusula e, mesmo em situação de risco, se colocaram na linha de frente do combate à pandemia, em todos os espaços sócio-ocupacionais, particularmente naqueles da saúde, da assistência e da gerontologia social que requeriam um atendimento presencial e remoto, simultaneamente. Algumas assistentes sociais chegaram a se pronunciar que, diante de tamanho ineditismo que se apresentava na situação pandêmica, para além dos recursos teórico-metodológicos que constituem a sua bagagem intelectual e prática, adquirida no processo de formação, encontraram suporte maior nos princípios e normas explicitados no Código de Ética, como podemos constatar no depoimento de Iara Nunes:

Tivemos que rever os instrumentais; consultar as legislações, ver como estavam trabalhando em outros lugares. Foi um momento de estudo e análise de como deveríamos atuar, preservando a garantia dos sigilos nos atendimentos não presenciais (uma questão chave no sócio-jurídico). No primeiro momento, a instituição não disponibilizou instrumentos para a nova realidade. Como assistentes sociais, pelo código de ética, temos o dever de orientar, informar sobre os direitos, etc. [...] Posso dizer que não sou a mesma depois da pandemia; sinto orgulho da minha profissão, ainda mais depois da pandemia; pelo referencial teórico metodológico, o código de ética, o compromisso profissional. [...] O neoliberalismo cada vez mais prova que não está preocupado pela vida; é um projeto de morte. O Serviço

²³² IASSW-FITS. **Declaração Global de Princípios Éticos de Serviço Social**. Disponível em: <<https://www.iassw-aiets.org/wp-content/uploads/2021/09/Declaracao-Global-de-Servico-Social-de-Principios-Eticos.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

Social tem um Código de ética, que reivindica a Vida, outra sociedade e outros valores.²³³

Muitas contraíram o vírus e, após o período de quarentena, retornaram ao trabalho, tendo como perspectiva contribuir com o processo de assegurar os direitos da classe trabalhadora, diante de um Estado que se mostrava ausente e lento face a uma situação que exigia agilidade e pronta ação.

O compromisso ético se manifestou também na necessidade de articulação da categoria profissional para definição de atribuições e competências, face à imensidão de demandas que se apresentavam tanto pelos usuários como de outros profissionais nas equipes de trabalho e que fugiam àquilo que é da natureza da atuação do Serviço Social, conforme se pode ver no depoimento de Verônica Moura:

A primeira ação foi desmistificar as fakes news no meu trabalho, no meu meio social, porque a partir do momento que uma informação falsa chega para a sociedade e as pessoas acreditam, isso vai prejudicar veementemente esse enfrentamento a essa pandemia.²³⁴

Outra forma de dar visibilidade a esse compromisso ético foi o debruçar-se para refletir cientificamente sobre a situação, mesmo diante do pânico que dominava a população e que a contagiava. Foram criados vários grupos de estudo, grupos de trabalho para pensar “o que fazer” e “como combater o negacionismo” que inundou o território brasileiro e mundial. Artigos e livros foram escritos, a partir de demandas das universidades e de seus grupos de estudo e serviram como sustentáculo da ação profissional consciente e destituída de imediatismos que se constituía a tentação mais preponderante naquele período, o que se revela na consciência de Kylvia Martins, ao dar o seguinte testemunho:

me fez pensar muito foi o conceito do verbo parar. O que é parar? Eu lembro que no momento que a gente estava no auge dessas ações a professora Sálvea [Campelo], a professora [Alexandra] Mustafá, alguns professores entraram em contato com a gente pedindo para gente sentar, para gente escrever o que a gente estava fazendo na época e o que a gente faz até hoje. E aí eu falei: Meu Deus! É uma coisa, assim, tão simples! Mas como foi importante nesse momento ter realmente este momento para parar e refletir! Não é só fazer por fazer é importante nesse momento a gente parar.²³⁵

Assim, as conclusões emergentes de toda a vivência na pandemia, apontam para a necessidade de criação de cursos especializados para enfrentamento de calamidades e a

²³³ Programa Crivando a Pandemia Nº 2. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=HHNvbRmHdEo&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=2>. Acesso em: 25 jul. 2022.

²³⁴ Programa Crivando a Pandemia Nº 1. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Y8pktpUodZE&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=1>. Acesso em: 24 jul. 2022.

²³⁵ Programa Crivando a Pandemia Nº 13. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=NE5bdRC7pAc&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=13>. Acesso em 24 jul. 2022.

priorização, na formação profissional, em disciplinas que reflitam sobre o real vivido e toda a experiência acumulada nesse período. Conforme afirma Priscylla Cavalcante,

Eu destaco a questão da calamidade pública, eu não sei se seria uma construção de uma disciplina ou de um curso de extensão de curta duração de 20 ou 30 horas. Ou até mesmo de uma disciplina fixa no quadro do serviço social, mas algo que trate da calamidade pública e o Serviço Social. [...] Lição dura; não estamos fazendo, como humanidade, o que poderia fazer para auxiliar e assistir aos mais frágeis. Nós sabemos a origem disso; um sistema predador do meio ambiente e da vida. há que fortalecer a luta pela vida e ter consciência da origem dos problemas; faremos isso coletivamente; via formação permanente. estratégias de enfrentamento coletivo; continuar construindo conhecimento crítico para as estratégias; estabelecer parcerias em defesa da vida e organizar as comunidades; fortalecer espaços coletivos de discussão e decisão; fortalecer o vínculo entre academia e exercício profissional.²³⁶

A mesma concepção de necessidade de aprimoramento profissional, com base na experiência da atuação no período pandêmico, pode ser constatada nos depoimentos de Maria de Fátima Falcão e Ionara, respectivamente:

Eu não estava preparada profissionalmente. Precisamos de formação para situações de calamidade pública, para determinar as prioridades; precisamos estar instrumentalizados para isso; capacitações online, espaços como esse, de hoje; a partir da nossa vivência, vamos construindo elementos para atuar em calamidade pública; lidar com contágio direto, com o invisível, é diferente; não estamos formados para isso; a vacina foi um momento importante que, infelizmente demorou muito pelo desgoverno que temos; poderíamos criar disciplinas na grade curricular dos cursos a respeito dessa temática.²³⁷

Sinto necessidade de literatura sobre atendimento para famílias em saúde, alimentação, assistência, humanização da saúde, não de forma romântica, senão concreta; envolver as famílias nesse processo de atendimento e resolução, não encaminhar apenas para a assistência; novas dinâmicas nos atendimentos a situações de violência. Os atendimentos na pandemia foram muito problemáticos e limitados, não pode se repetir; questões voltadas à pessoa idosa; temos que aproximar ensino e trabalho profissional.²³⁸

Por fim, extraímos as palavras de Iara Nunes que sintetizam o sentimento e a percepção dos e das profissionais de Serviço Social, como conclusão do que vivenciaram e da consciência da potencialidade da profissão:

Me dá orgulho ter essa formação para entender a realidade. É um processo de educação para toda a humanidade; o sistema capitalista não se sustenta mais! Arte, educação,

²³⁶ Programa Crivando a Pandemia N^o 13. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=NE5bdRC7pAc&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=13>. Acesso em 24 jul. 2022.

²³⁷ Programa Crivando a Pandemia N^o 4. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=mu-ipBKbTbs&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=4>. Acesso em: 24 jul. 2022.

²³⁸ Programa Crivando a Pandemia N^o 13. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=NE5bdRC7pAc&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=13>. Acesso em 24 jul. 2022.

política, são espaços fundamentais, ferramentas necessárias para esse trabalho de tomada de consciência, que é um trabalho muito difícil. Pretendo ser uma assistente social mais ativa, melhor, mais engajada, no combate à pandemia.²³⁹

AGRADECIMENTOS

Queremos aqui registrar os nossos mais sinceros agradecimentos aos assistentes sociais que participaram ativamente, enquanto membros do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Ética (GEPE) da UFPE, do programa Crivando a Pandemia, sem os quais não teria sido possível realizar o mesmo de forma tão magistral. São eles: Cíntia Maria Silva, Luana Corrêa, Verônica Moura, Matheus Gomes e Cleomar Melo.

REFERÊNCIAS

ABREU, Marina Maciel. A dimensão pedagógica do Serviço Social. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**, nº 79 – Ano XXV – Especial 2004.

ANTISERI, Dario; REALE, Giovanni. **Filosofia: Antiguidade e Idade Média**. Vol. I. São Paulo: Paulus, 2017.

ANTUNES, Ricardo. **O trabalho sob fogo cruzado**. Boitempo: São Paulo, 2020.

BOSCEHTTI, Ivanete Salete; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. O draconiano ajuste fiscal no Brasil e a expropriação de direitos da seguridade social. In: SALVADOR, Evilasio; BEHRING, Elaine; LIMA, Rita de Lourdes de (orgs.). **Crise do capital e fundo público: implicações para o trabalho, os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2019.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social e projeto ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania? In: *Revista Serviço Social e Sociedade*. nº 79. São Paulo: Cortez, 2004, p. 108-132.

BRASIL DE FATO. **Brasil ultrapassa marca de mil indígenas mortos em decorrência da covid-19**. Disponível em <<https://www.brasildefato.com.br/2021/03/13/brasil-ultrapassa-marca-de-mil-indigenas-mortos-em-decorrencia-da-covid-19>>. Acesso em: 21 jun. 2022.

BRASIL SEM FOME. **Em pouco mais de um ano, são 14 milhões de novos famintos no Brasil**. (Fonte: Rede PENSSAN). Disponível em: <<https://www.brasilsemfome.org.br/>>. Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS) 2004; Norma Operacional Básica (NOB/SUAS)**. Disponível em: <<https://www.prattein.com.br/home/images/stories/PDFs/PNAS-2004.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2022.

CARTA CAPITAL. **Os estímulos econômicos do governo beiram o ridículo...** Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/opiniaos/os-estimulos-economicos-do-governo-beiram-o-ridiculo/>>. Acesso em 26 jan. 2022.

CBN Recife. **MPPE recomenda testagem geral de Covid-19 nos idosos residentes e equipes profissionais das ILPIs do Recife**. Disponível em: <<https://www.cbnrecife.com/artigo/mppe-recomenda->

²³⁹ Programa Crivando a Pandemia Nº 2. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=HHNvbRmHdEo&list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3&index=2>. Acesso em: 25 jul. 2022.

testagem-geral-de-covid-19-nos-idosos-residentes-e-equipes-profissionais-das-ilpis-do-recife>. Acesso em: 16 jul. 2022.

CNN Brasil. **Fortuna de bilionários do mundo cresceu 60% durante a pandemia.** Disponível em: <[https://www.cnnbrasil.com.br/business/fortuna-de-bilionarios-do-mundo-cresceu-60-durante-a-pandemia/?amp.](https://www.cnnbrasil.com.br/business/fortuna-de-bilionarios-do-mundo-cresceu-60-durante-a-pandemia/?amp;)>. Acesso em 26 jan. 2020).

_____. **Negros têm 1,5 vezes mais chances de morrer por Covid-19 no Brasil, diz OCDE.** Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/negros-tem-15-mais-chance-de-morrer-por-covid-19-no-brasil-diz-ocde/>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

CONTI, Silvana. **O negacionismo como estratégia política.** Sul21, 2020. Disponível em: <<https://sul21.com.br/opiniaio/2020/06/o-negacionismo-como-estrategia-politica-por-silvana-conti/>>. Acesso em: 25 jan. 2022.

CORRÊA, Luana; LIMA DA SILVA, Micelane. O papel do assistente social nos abrigos/ILPIs e a interdisciplinaridade no trabalho com idosos. In: MUSTAFÁ, Alexandra (org.). **Serviço Social e gerontologia: a proteção da pessoa idosa em tempos de pandemia.** 2020. Disponível em: <<https://editora.ufpe.br/books/catalog/view/362/372/1094>>. Acesso em: 16 jul. 2022.

CORREIO BRASILIENSE. **Pacote anunciado pelo governo deve liberar R\$ 1,2 trilhão aos bancos.** Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/economia/2020/03/24/internas_economia,836224/pacote-anunciado-pelo-governo-deve-liberar-r-1-2-trilhao-aos-bancos.shtml>. Acesso em 26 jan. 2022.

DE ANCHIETA, Padre José. **CARTAS, Informações, Fragmentos Históricos e Sermões do Padre Joseph de Anchieta, S. J. (1554 - 1594).** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1933. Disponível em: <http://objdigital.bn.br/objdigital2/acervo_digital/div_obrasraras/or84081/or84081.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2022.

DE ANDRADE, Tânia; DIONÍSIO, Fabíola. Condições de vida da pessoa idosa nos abrigos/ILPIs: natureza dos abrigos e suas implicações sociais, políticas e ideológicas. In: MUSTAFÁ, Alexandra (org.). **Serviço Social e gerontologia: a proteção da pessoa idosa em tempos de pandemia.** 2020. Disponível em: <<https://editora.ufpe.br/books/catalog/view/362/372/1094>>. Acesso em: 16 jul. 2022.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. Publicado em: 04/02/2020, Edição: 24-A, Seção: 1 – Extra, Página: 1. Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>>. Acesso: 23 jan. 2022.

DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE PERNAMBUCO. 17 de março de 2021. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diario-oficial-17-mar-2021_portaria_sespe_no_187.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2022.

FIOCRUZ. **Brasil de Volta ao Mapa de Fome.** Disponível em <<https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/noticias/brasil-de-volta-ao-mapa-da-fome>>. Acesso em: 18 jul. 2022.

_____. **Negros são os que mais Morrem por Covid-19 e os que Menos Recebem Vacinas No Brasil.** Disponível em: <<https://www.epsvj.fiocruz.br/podcast/negros-sao-os-que-mais-morrem-por-covid-19-e-os-que-menos-recebem-vacinas-no-brasil>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

FIOCRUZ. **Estudo identifica principais fake news relacionadas à Covid-19.** Portal Fiocruz. Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. 21 maio 2020. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-identifica-principais-fake-news-relacionadas-covid-19>>. Acesso em: 13 maio 2021.

FOLHA DE SÃO PAULO. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/01/bh-diz-ter-caso-suspeito-de-coronavirus-mas-ministerio-da-saude-diz-que-e-alarme-falso.shtml>>. Acesso em: 23 jan. 2022.

GAZETA DO POVO. **6 medidas incomuns adotadas pela China para conter o coronavírus.** Por Isabella Mayer de Moura 17/02/2020. Disponível em: <<https://www.gazetadopovo.com.br/mundo/6-medidas-incomuns-adotadas-pela-china-para-conter-coronavirus/>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

IASSW-FITS. **Declaração Global de Princípios Éticos de Serviço Social.** Disponível em: <<https://www.iassw-aiets.org/wp-content/uploads/2021/09/Declaracao-Global-de-Servico-Social-de-Principios-Eticos.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados.** Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/recife.html>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

_____. **Em 2010, Brasil tinha 8,3 milhões de pessoas morando em áreas com risco de desastres naturais.** Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21565-em-2010-brasil-tinha-8-3-milhoes-de-pessoas-morando-em-areas-com-risco-de-desastres-naturais>>. Acesso em: 17 jun. 2022.

_____. **Desemprego.** Disponível em: <ibge.gov.br/explica/desemprego.php>. Acesso em: 18 jul. 2022.

JORNAL DCE. **Entenda o que é Negacionismo e porque a palavra tem sido usada.** Disponível em: <<https://www.dci.com.br/dci-mais/noticias/brasil/entenda-o-que-e-negacionismo-e-porque-a-palavra-tem-sido-usada/82511/>> Acesso em: 25 jan. 2022.

MARTINS, Elizângela; CAPELO E PAIVA, Sálvea; SILVA, Vanessa (orgs.). Observatório ILPI. 26 em Tempos de Pandemia: uma articulação em defesa dos direitos das pessoas idosas. Curitiba: CRV, 2021.

MARTINS, Tereza Cristina. Racismo Estrutural, Institucional e Serviço Social. São Cristóvão: UFS, 2020.

MELO, Delaine Cavalcanti Santana de; SILVA, Lorena Karla Melo da. Estratégias Formativas e Assistenciais na Saúde em um Ano Inimaginável. In: **Cadernos GEPE**. V. 1, n. 1, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernosgepe/article/view/252875/40283>>. Acesso em: 25 jun. 2021.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan./mar. 2014, p.77-92. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2022.

MUSTAFÁ, Maria Alexandra da S. Monteiro. Ética, Ciência, Pandemia e Serviço Social. In: **Cadernos GEPE**. V.1. n. 1, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernosgepe/article/view/252877/40285>>. Acesso em: 26 jun. 2022.

MUSTAFÁ, Alexandra; MELO, Luanna. BLACK LIVES MATTER: a reflection. In: **Social Dialogue**. Disponível em: <https://socialdialogue.online/sd23/07_article.html n.>. Acesso em: 25 jul. 2022.

NETO, José Paulo. Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez, 1991.

OCDE. **Health at a Glance 2021.** Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_919b5f62-en>. Acesso em: 24 jul. 2022.

OLIVEIRA FILHO, Ivanildo; MELO, Luanna. A América em tempos de pandemia: A desigualdade entre os países no enfrentamento da COVID-19. In: **Cadernos GEPE**, V. 1, n. 1, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernosgepe/article/view/252894>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

OPAS. **Histórico da Pandemia de COVID-19.** Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>. Acesso em: 23 jan. 2022.

PODER 360. **Coronavirus matou 142 mil Idosos no Brasil.** Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/coronavirus/coronavirus-matou-142-mil-idosos-no-brasil-conheca-situacao-de-5-paises/>>. Acesso em: 16 jun. 2022.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA. **Recursos Federais destinados ao combate da pandemia de CORONAVÍRUS (COVID-19).** Disponível em: <www.portaltransparencia.gov.br/coronavirus?ano=2021>. Acesso em: 26 jan. 2022.

PROGRAMA CRIVANDO A PANDEMIA. **Playlist.** In: Canal IASSW-BRASIL. Disponível em: <https://www.youtube.com/playlist?list=PLIVvO44LkOubgZrLSfK_AyjbqE-7s58D3>. Acesso em: 24 jul. 2022.

RAICHELIS, Raquel; SILVA, Ma. Ozanira; COUTO, Berenice; YAZBEK, Carmelita. (Orgs). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: disputas e resistências em movimento.** São Paulo: Cortez, 2019.

RAICHELIS, Raquel; ARREGUI, Carola C. **O trabalho no fio da navalha: nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia.** In: Revista Serviço Social & sociedade, nº 140, 2021.

SILVA, Cíntia. TEMPOS DE PANDEMIA: Fake news, negacionismo e atuação ético-política do(a) assistente social. In: **Cadernos Gepe**, V1, n.1., 2021. Disponível em <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernosgepe/article/view/252885>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

SILVA, Salyanna de Souza; MUSTAFÁ, Maria Alexandra da Silva Monteiro. Projeto ético-político, consciência de classe e projeto societário: uma relação dialética. In: **Revista Temporalis**, v.11, nº 2, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/2190>. Acesso em 12 de dezembro de 2021.

SPOSATI, Aldaíza. **A menina LOAS: um processo de construção da assistência social.** São Paulo: Cortez, 2010.

SUL21. **Em duas semanas, número de negros mortos por coronavírus é cinco vezes maior no Brasil.** Disponível em: <<https://sul21.com.br/coronavirus-2/2020/05/em-duas-semanas-numero-de-negros-mortos-por-coronavirus-e-cinco-vezes-maior-no-brasil/>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

UOL. **Ministro: coronavírus preocupa no Carnaval, mas não tem como parar a vida...** Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/01/31/ministro-coronavirus-preocupa-no-carnaval-mas-nao-tem-como-parar-a-vida.htm>>. Acesso: 13 maio 2022.

ITALIA

Servizio sociale e pandemia da COVID-19 in Italia: maturare la coscienza professionale di essere scienza ed arte insieme

*Lluís Francesc Peris Cancio²⁴⁰
Maddalena Floriana Grassi²⁴¹*

Nel tentativo di indagare a livello mondiale quale sia stato il processo di presa di coscienza dei cambiamenti avvenuti nella pratica del servizio sociale durante e dopo l'emergenza pandemica da COVID-19 e quali riflessioni si siano sviluppate intorno ai cambiamenti da apportare negli insegnamenti di servizio sociale rivolti agli studenti, questo contributo riporta uno spaccato dell'esperienza italiana.

Nella prima parte del capitolo si ricostruisce quanto storicamente avvenuto in Italia durante l'avvento della pandemia, evidenziando, da una parte, il suo impatto a livello nazionale e trasversale rispetto ai settori della vita sociale ed economica e, dall'altra, le caratteristiche del suo fronteggiamento dal punto di vista del servizio sociale.

La ricostruzione della situazione in cui è venuto a trovarsi il servizio sociale e delle varie strategie di resilienza messe in atto è stata possibile soprattutto grazie agli studi fioriti negli anni della pandemia che hanno messo in evidenza il legame tra l'essere persona e l'essere professionista, tra la tutela della salute e la tutela dell'ambiente fisico e sociale, tra il bene individuale e quello collettivo. Tali legami, che già c'erano, diventano più visibili e più forti rispetto al passato, al punto da entrare nella sfera delle libertà personali generando, da una parte, manifestazioni di dissenso, scetticismo, incredulità rispetto alla consapevolezza che quanto stava avvenendo fosse reale; e dall'altra, manifestazioni di solidarietà da parte degli abitanti delle comunità territoriali secondo reciprocità e con attenzione particolare alle fasce più deboli.

Nell'ultima parte del capitolo vengono presentati i risultati della ricerca svolta in Italia e riportate le testimonianze e le riflessioni degli assistenti sociali che hanno partecipato allo studio, secondo le dimensioni di analisi concordate a livello internazionale: il processo di presa di coscienza dell'emergenza e del ruolo del servizio sociale nell'emergenza; la dimensione etico-politica, teorico-metodologica e teorico-pratica del lavoro professionale nei contesti e nelle organizzazioni di appartenenza; gli apprendimenti che i professionisti ritengono debbano essere integrati nella formazione degli studenti che rappresentano il futuro del servizio sociale.

²⁴⁰ Università di Roma Sapienza

²⁴¹ Università di Bari Aldo Moro

L'immediato impatto della pandemia in Italia.

L'Italia vanta il triste primato mondiale di primo paese, dopo la Cina, ad essere stato travolto dai gravi effetti della pandemia sul proprio territorio nazionale. Da dicembre 2019, quando apparvero i primi casi, fino all'inizio dell'anno 2020, quando l'attenzione mediatica si concentrò su Bergamo e sulla Lombardia, si è assistito a "l'accendersi di una miccia" che giorno dopo giorno si è trasformata in una minaccia reale senza precedenti per tutto il territorio nazionale.

Si potrebbe affermare che la reazione del governo italiano è stata tempestiva sin dal primo momento, pur nell'assoluta novità di una situazione di crisi sanitaria senza precedenti: già il 23 febbraio 2020, il Consiglio dei Ministri varò un primo Decreto presidenziale (DPCM) sulle prime misure di contenimento e di gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. Il decreto riguardava un territorio ristretto, ovvero, i comuni della Lombardia e del Veneto e aveva la finalità di contrastare la prima veloce ondata di contagi prima che questi si estendessero al resto del territorio nazionale e le cui conseguenze per i contagiati erano letali. Ma la situazione è precipitata subito e si dovette accelerare con ulteriori misure di contrasto alla diffusione: solo due giorni dopo, il 25 febbraio, seguì un secondo Decreto molto più stringente, applicato a più ampi settori del paese. Insieme alle persone, si dovette fermare anche buona parte delle attività economiche, formative e scolastiche, culturali, di culto religiose, sportive e delle diverse forme di socialità pubblica nelle regioni del Nord-Italia. Di fronte alle imponenti conseguenze economiche che questa decisione comportava nell'immediato, appena tre giorni dopo si rese necessario emanare un nuovo decreto-legge che introdusse misure urgenti a sostegno alle famiglie, dei lavoratori e delle attività produttive paralizzate.

Per la maggior parte degli italiani è rimasta però impressa la data del 4 marzo 2020, il giorno in cui il Presidente del Consiglio firmò un nuovo decreto che investiva in modo incisivo l'intero territorio nazionale, senza più differenze regionali: il divieto di ogni forma di assembramento di persone in luoghi pubblici o aperti al pubblico aveva ora estensione nazionale. Fu soprattutto la chiusura di tutte le scuole italiane a far sprofondare la popolazione nella consapevolezza che si trattava ormai di un'emergenza sanitaria senza precedenti. In nessun altro paese occidentale la situazione era così grave e l'Italia era il primo paese europeo ad imporre un *lockdown* così drastico. Nel giro di pochi giorni tutte le attività commerciali e di vendita al dettaglio furono chiuse.

Il 22 marzo i ministri della Salute e dell'Interno adottarono una nuova ordinanza che vietava a tutte le persone fisiche di trasferirsi o spostarsi con mezzi di trasporto pubblici o privati in comuni diversi da quelli in cui si trovavano, salvo che per comprovate esigenze lavorative o di assoluta urgenza. Come in guerra, il termine *coprifuoco* entrò a scandire la vita di tutti gli italiani: non appena scattava l'ora serale in cui nessuno poteva uscire da casa. Una tale restrizione di libertà non si era mai vista in tutta la storia dell'Italia repubblicana, dal 1948 ad oggi. Così, nell'arco di tempo di un solo mese, l'intera popolazione si ritrovò in una situazione di eccezionalità inedita.

L'emergenza ha suscitato anche perplessità tra tante persone: la calamità non si era manifestata a partire da un impatto violento o da una catastrofe visibile a tutti, tale da giustificare una mobilitazione di soccorsi che si sarebbe poi gradualmente attenuata fino al ripristino della normalità; piuttosto una serie di casi inizialmente contenuta si è estesa in maniera esponenziale dando vita però ad una statistica dei contagi e delle morti, e quindi alla percezione di un nemico invisibile, che andava arginato nella sua minacciosità imminente, senza tuttavia certezze sui rimedi, né sulla durata del fenomeno (Gui, 2020).

La comunicazione dei contagi, dei deceduti e dei guariti divenne subito quotidiana, testimonianza di un problema su scala globale, intangibile, misterioso, sconosciuto. La calamità si era subito mostrata pervasiva, investendo tutti, vittime e soccorritori e trovando impreparati esperti, scienziati e istituzioni. L'estrema incertezza ha avvolto le previsioni sulla durata dell'epidemia che ne frattempo si era fatta pandemia e sul tragitto che portasse al ripristino della normalità. Il sentimento di impotenza di fronte alla crescita inarrestabile dei contagi dilagava. Questa *invisibilità del nemico* ha fatto sì che, sin dai primi giorni, una parte della popolazione sia stata contraria o resistente alle misure, incredula della loro necessità, in alcune occasioni dubbiosa al punto da leggersi una cospirazione delle istituzioni, artifici di un'invenzione o di una esagerata calibrazione dei rischi che si traducevano in una restrizione delle libertà personali difficile da accettare.

L'assistente sociale come persona e come professionista nell'emersione pandemica.

Come sottolinea una delle principali ricerche di servizio sociale realizzata in Italia, l'impatto dell'emergenza ha visto gli assistenti sociali coinvolti in prima linea nel combattere gli effetti della pandemia sia come persone, sia come professionisti (Mordeglia, 2020). Infatti, la novità assoluta delle conseguenze del COVID-19 è nel fatto che non può che essere intesa come un fatto sociale totale, in quanto fenomeno che trasforma tutte le dimensioni del sociale, tutti i meccanismi di funzionamento della comunità di riferimento (Mauss, 1924). La pandemia ha scosso completamente le basi della società e ha rovesciato le dinamiche economiche, politiche, culturali e, perfino, simboliche in cui il servizio sociale, e gli assistenti sociali, avevano operato fin quel momento.

A differenza della letteratura anglosassone sul servizio sociale, quella italiana non vanta molte riflessioni sulla capacità del servizio sociale di affrontare calamità, crisi e shock come nel caso di terremoti, inondazioni e catastrofi naturali. Quanto avvenuto con la pandemia ha colto sicuramente impreparati la maggior parte dei professionisti del servizio sociale. Come sostiene il presidente del CNOAS²⁴², lo "sconvolgimento" che la pandemia ha prodotto nei sistemi di protezione sociale, sociosanitario e assistenziale territoriale ha avuto conseguenze più gravi come conseguenza del momento delle politiche sociali in Italia: le misure di *austerity* e il *new public management* applicati alla sanità e al sociale negli ultimi anni con tagli lineari e una riduzione dell'investimento nella formazione dei professionisti hanno avuto la loro influenza. Inoltre, l'Italia è pervasa da elementi di criticità legati a una *governance* frammentata e farragginosa, ad una mancata definizione di politiche organiche a livello nazionale e regionale e a divari infrastrutturali (dei servizi) sia intraregionali che interregionali, con prevalenza di trasferimenti economici e prestazionali a scapito di logiche e interventi di prevenzione e di supporto (Gazzi, 2020).

In ogni catastrofe e calamità i primi momenti sono segnati dall'allarme, dalla confusione, da una deflagrazione che scombina prepotentemente la *routine* (Desai, 2006). Ciò che è dato per ovvio, che fa parte del quotidiano, non è più "al suo posto" o, addirittura, non c'è più. Il contesto ambientale appare mutato repentinamente, fino ad essere irriconoscibile (Dominelli, 2013; Gui, 2016). Questo è quanto è successo al servizio sociale italiano a partire dal marzo 2020, portando con sé un allarmato e spiazzante disorientamento.

²⁴² Consiglio Nazionale degli Assistenti Sociali.

Con l'irrompere della pandemia, i servizi sociali e gli assistenti sociali sono stati investiti da un sentimento di incertezza. Secondo Gui (2018), a differenza di altri professionisti con un approccio disciplinare prettamente scientifico-positivista, teso a stabilire con crescenti gradi di certezza la realtà dei fatti, le catene causali degli eventi e la prevedibilità dei fenomeni conformemente alle scoperte della ricerca da laboratorio, gli operatori del sociale si trovano invece a fare i conti quotidianamente con elevati gradi di incertezza, nella complessità e variabilità dei fattori che incidono sull'evoluzione dei processi sociali, con diverse possibili attribuzioni di significato di ciò che accade da parte dei soggetti implicati, per il valore co-costruttivo della realtà sociale degli attori che la recepiscono e al contempo la realizzano (England, 1986; Payne, 1997).

In Italia l'emergenza COVID-19 ha comportato un arresto repentino della mobilità della popolazione e quindi degli interventi degli operatori sociali, di congelamento di iniziative e di limitazione delle possibilità di relazione comunicativa. Tuttavia, insieme a questo si è dispiegata anche una grande solidarietà cittadina. Durante la pandemia si è vissuta anche una sorta di sospensione temporale che è parsa poter congelare momentaneamente il pensiero sul futuro. Questa sospensione è stata caratterizzata da due componenti che si sono combinate contemporaneamente: l'urgenza e l'incertezza. In piena fase di *lockdown*, la popolazione italiana si è trovata incredibilmente accomunata dalla medesima condizione (tutti confinati nelle proprie abitazioni, soggetti alle stesse cogenti regole di comportamento) e al contempo separata e diseguale nei differenti modi affrontare tale condizione (Gui, 2020). Da una parte, la popolazione è stata accomunata dall'obbligo di isolamento, dall'altra – per la medesima ragione – le persone hanno vissuto isolate le une dalle altre nelle condizioni concrete in cui ciascuna si trovava nella propria dimora. Tutti uguali, per un verso, senza distinzione di ceto, ma, per l'altro, tutti profondamente diversificati per le possibilità reali di attenersi alle misure di isolamento. Parimenti, anche gli assistenti sociali hanno subito l'emergenza, esposti al contagio, alla malattia, alla possibile morte, ma anche dentro un sistema di soccorso dei sistemi sociosanitari per il quale potrebbero essere identificati come *eroi in trincea* (Garfin, Silver e Holman, 2020).

L'enorme impatto della pandemia in Italia per la salute e per la vita sociale

In Italia, dall'inizio dell'epidemia - la data "ufficiale" potrebbe essere considerata il 20 febbraio 2020 - e fino alla fine del 2020, sono stati segnalati 2.105.738 casi positivi di COVID-19. In questo lasso di tempo sono stati registrati 75.891 morti. A livello medio nazionale, dall'inizio dell'epidemia e fino al 31 dicembre 2020 il contributo dei decessi da COVID-19 alla mortalità complessiva è stato del 10,2%, con differenze fra le varie ripartizioni geografiche e le fasce di età, più accentuato tra gli uomini che tra le donne (ISTAT, 2021).

Lo scenario di diffusione epidemica ha seguito tre fasi nell'anno 2020: il periodo da febbraio alla fine di maggio 2020, la "prima ondata", si è caratterizzato per una rapidissima diffusione dei casi e dei decessi e per una forte concentrazione territoriale, prevalentemente nel Nord del Paese. Nella stagione estiva, da giugno a metà settembre, fase di transizione, la diffusione è stata inizialmente molto contenuta. A partire dalla fine di settembre 2020, la seconda ondata, i casi sono di nuovo aumentati rapidamente fino alla prima metà di novembre, per poi diminuire. Rispetto alla prima ondata epidemica la situazione della diffusione in Italia è notevolmente mutata sia in termini quantitativi che di distribuzione geografica. In questa seconda ondata i nuovi casi sono aumentati per alcune settimane con un ritmo esponenziale finché, dalla metà di ottobre, le ordinanze a livello regionale e l'adozione di ulteriori misure di contenimento (DPCM n. 275 del 4 novembre 2020) hanno contribuito ad un'inversione di tendenza dei contagi.

L'impatto ha riguardato tutti i livelli della vita degli italiani: durante l'anno 2020 il PIL ha registrato il calo più pesante dalla Seconda guerra mondiale (-8,9%). Gli effetti si sono trasmessi attraverso diversi canali: la caduta dell'attività globale, delle esportazioni e degli afflussi turistici; la riduzione della mobilità e dei consumi; le ripercussioni dell'incertezza sugli investimenti delle imprese. La contrazione del prodotto è stata eterogenea, con un più rapido recupero nell'industria e un andamento nei servizi che si è nuovamente indebolito negli ultimi mesi dell'anno 2020. La crisi economica innescata dalla pandemia e dalle misure per contenerla ha riguardato tutte le aree geografiche, ma è stata più accentuata nel Nord del paese, colpito più duramente dalla prima ondata di contagi. I consumi (scesi del 10,7%) hanno risentito dei provvedimenti di restrizione all'attività economica. Le imprese hanno interrotto i piani di accumulazione di capitale, determinando una flessione degli investimenti fissi lordi del 9,1%. L'effetto della pandemia sulle esportazioni è stato forte, ma temporaneo: dopo un brusco calo nel primo semestre, le vendite all'estero hanno ripreso slancio, tornando nei mesi finali dell'anno sui livelli precedenti la diffusione del contagio. La politica di bilancio ha reagito con decisione alla pandemia, con alcuni dati assolutamente inediti nel nostro paese: l'indebitamento netto è cresciuto al 9,5% del PIL, essendo nel 2019 appena del 1,6%.

Le ricadute sul mercato del lavoro sono state pesantissime, ma il ricorso agli ammortizzatori sociali esistenti e a quelli straordinari introdotti durante la crisi ha contribuito ad attenuarle in misura sostanziale. Alla forte caduta delle ore lavorate ha corrisposto una riduzione molto più moderata del numero di occupati. La perdita occupazionale è stata concentrata tra i lavoratori autonomi e tra quelli con contratto a termine, specie nei servizi, penalizzando in particolare giovani e donne.

La crisi da COVID-19 ha avuto un evidente effetto anche sulle condizioni economiche delle famiglie. Nel 2020 risultavano in povertà assoluta oltre due milioni di famiglie. Dopo la flessione registrata nel 2019, torna dunque a salire in modo significativo lo stato di deprivazione in termini assoluti, che riguarda così oltre un milione di poveri assoluti in più rispetto al periodo che aveva preceduto la pandemia (Caritas, 2021).

Nel caso italiano la povertà assoluta è strettamente correlata all'età, in un rapporto inversamente proporzionale, con una tendenza ad aumentare al diminuire di quest'ultima, tanto che l'incidenza maggiore si registra proprio tra bambini e gli adolescenti under 18 (13,5%), a fronte di un'incidenza di appena il 5,4% tra le persone over 65, confermando l'idea che Italia sia un paese in cui sono le persone più anziane ad avere migliori condizioni di vita. Paradossalmente, si collocano sotto la media nazionale i livelli di povertà registrati nelle famiglie con almeno un anziano (5,6%) o tra le coppie in cui l'età della persona di riferimento è superiore ai 64 anni (3,7%).

Rispetto alla condizione professionale, il 2020 segna un netto peggioramento delle condizioni di vita degli occupati per i quali l'incidenza della povertà sale dal 5,5% al 7,3%, con evidenti differenze in base alla posizione occupata. Per le famiglie con persona di riferimento inquadrata come operaio o assimilato il peso della povertà arriva al 13,2% (quindi più di una persona su 10), fra i lavoratori in proprio al 7,6%. Risulta stabile invece, la situazione delle famiglie con persona di riferimento ritirata dal lavoro (4,4%) o in cerca di occupazione (19,7%), quest'ultima come di consueto molto elevata (Caritas, 2021).

Inoltre, per quanto riguarda le tipologie familiari, la protezione delle famiglie più numerose è palesemente scarsa: l'incidenza della povertà assoluta, infatti, passa dal 20,5% tra le famiglie con cinque e più componenti, all'11,2% di quelle con quattro; 8,5% se si è in tre. La situazione si

fa più critica quando ci sono figli conviventi all'interno del nucleo familiare, soprattutto se si tratta di minori, e se sono più di uno: in quel caso l'incidenza sale infatti al 9,3% nelle famiglie con un solo figlio minore, al 22,7% in quelle che ne hanno tre (o più). Un altro aspetto di cui si parla negli ultimi anni è collegato alla situazione delle famiglie monogenitoriali: in un solo anno la povertà è aumentata toccando quasi il 12% di tali famiglie, mentre si arrivava al 9% l'anno precedente.

La pandemia ha impattato fortemente sui livelli di istruzione come uno dei fattori di coesione sociale maggiormente stressati. Dalla pre-pandemia al 2020 si aggravano le condizioni delle famiglie la cui persona di riferimento ha conseguito al massimo la licenza elementare (o nessun titolo di studio), passando dal 10,5% all'11,1%. Rispetto al 2019 sono peggiorate visibilmente anche le condizioni di coloro che possiedono un diploma di scuola media inferiore, dal 8,6% al 10,9% (registrando un +2,3 punti percentuali). Nei nuclei in cui il capofamiglia ha almeno un titolo di studio di scuola superiore si registrano valori di incidenza della povertà assoluta molto più contenuti (4,4%), anche se in crescita rispetto al 2019 (+1 punto percentuale).

Il blocco del normale svolgimento delle attività scolastiche ogni ordine e grado ha incrementato o ha reso più evidente le disuguaglianze. Un fattore di forte disparità è dato, chiaramente, dal possibile accesso ad Internet e alle piattaforme informatiche per la didattica a distanza. In Italia, la piena continuità del processo formativo non è stata garantita a tutti gli studenti, essendo compromessi i percorsi di quelli con minore capacità di sostegno da parte delle famiglie, o con criticità e vulnerabilità particolari come le minori risorse a disposizione. Il 90% delle scuole ha attivato almeno una delle modalità di didattica a distanza in meno di tre settimane, la quota residua entro le sei settimane. Per le modalità di erogazione si va dal semplice invio di materiali e schede, alle chat di gruppo, alle registrazioni audio-video, fino alle video-lezioni in sincrono con l'insegnante. Queste ultime sono state garantite dal 78% delle scuole, con frequenze più elevate per quelle secondarie di primo grado (pari all'86 %).

Osservando in prospettiva l'evento pandemico, si evince come la chiusura delle scuole prima, e l'alternarsi di aperture e sospensioni della didattica in presenza poi, hanno comportato profonde conseguenze sulle competenze degli studenti ma, innanzitutto, sul loro sviluppo emotivo e relazionale (specialmente fra gli adolescenti).

In Italia, come in gran parte dell'Europa occidentale, un aspetto sul quale è necessario prendere coscienza per quanto riguarda gli effetti della pandemia ha a che fare con la presenza e le condizioni di cittadini di paesi terzi, in quanto si denotano forti disuguaglianze tra italiani e stranieri residenti, acuite negli anni di pandemia. La povertà assoluta si mantiene infatti al di sotto della media per le famiglie di soli italiani (6,0%) seppur in crescita rispetto al 2019 (4,9%), mentre sale al 22,2% (dal 16,1%) per le famiglie miste e al 26,7% (dal 24,4%) per le famiglie di soli stranieri. Le persone straniere in povertà assoluta sono 1 milione e 500mila, con una incidenza pari al 29,3%, contro il 7,5% dei cittadini italiani, per un totale di 568mila famiglie povere (il 28,3% dei nuclei in povertà pur costituendo appena l'8,6% delle famiglie residenti).

Conseguenza della pandemia è stata anche la diffusione dell'attività di *smart working* iniziata nella primavera del 2020. Si tratta di un aspetto che ha amplificato le disuguaglianze sociali, in primo luogo tra chi ha potuto beneficiare di tale modalità di lavoro e chi no. E anche su questo fronte i dati della statistica pubblica mostrano indicatori eloquenti: in Italia sono state soprattutto le donne ad aver dovuto lavorare da casa (23,6% in confronto al 16,3% degli uomini), gli occupati con più di 35 anni (20,5% in confronto al 14,8% dei più giovani), gli italiani (21,0 contro il 4,0% degli stranieri), i residenti nel Centro e del Nord (21,9 e 20,6 rispetto al 15,0% nel

Mezzogiorno). Molto rilevanti sono anche le differenze per livello di istruzione: ha potuto operare in modalità agile il 42,5% dei laureati, il 17,6% dei diplomati e solo il 3,4% di chi possiede la licenza media. Tale dato è chiaramente collegato al tipo di professione svolta: le professioni qualificate sono caratterizzate da una maggiore incidenza di occupati che hanno lavorato da casa (41,1%).

Altro elemento che ha inciso sull'aumento delle disuguaglianze è l'abitazione. La pandemia ha reso ancora più manifeste le forti disparità di disponibilità di spazi abitativi adeguati. Tra i nuclei in stato di povertà risulta una più elevata incidenza delle condizioni di sovraffollamento con l'emersione anche di tutti i problemi sanitari e sociali collegati a questa maggiore vulnerabilità sociale.

La pandemia ha avuto conseguenze anche sull'ampliarsi il divario di genere. Secondo l'ultimo rapporto del World Economic Forum (WEF), *Global Gender Gap Report*, la crisi sanitaria ha di fatto fortemente rallentato i progressi verso l'uguaglianza tra uomini e donne. In Italia, nel 2021, nonostante il rimbalzo dell'economia del primo semestre, le donne occupate hanno continuato a diminuire. Durante la pandemia 421.000 donne hanno perso o non hanno trovato lavoro. La quota di donne in età lavorativa disponibili a lavorare (tasso di attività femminile) si è ridotta di circa 2 punti percentuale durante la pandemia e rimane lontanissima da quella degli uomini, pari al 72,9%. Da questo punto di vista, l'Italia si colloca all'ultimo posto tra i paesi europei. La pandemia ha comportato un *surplus* inedito di difficoltà rispetto a quelle abituali per le donne che si sono trovate a dover gestire in casa il doppio carico di attenzione ai figli e di attività lavorativa. Il 52,9% delle occupate dichiara che durante l'emergenza sanitaria si è dovuta sobbarcare un carico aggiuntivo di stress, fatica e impegno nel lavoro e nella vita familiare. Per il 39,1% la situazione è rimasta la stessa del periodo pre-COVID e solo per l'8,1% è migliorata.

Una minoranza anomica pervasa da un pensiero non razionale.

La pandemia ha portato un grande scetticismo, perplessità e, perfino, antagonismo in non pochi cittadini. Una ricerca di dicembre 2021 (CENSIS) mostra alcuni risultati sconvolgenti, nel senso che l'impatto pandemico avrebbe creato una minoranza restia ad assumere per fondati i dati scientifici che sono stati comunicati dalle istituzioni. Sorprendentemente, per il 5,9% della popolazione italiana (circa 3 milioni di persone) il COVID sarebbe stato l'invenzione di una malattia che in realtà non esiste e, di conseguenza, tutte le misure adottate avrebbero un'esclusiva finalità di controllo della popolazione e di alienazione dei diritti fondamentali. Per il 10,9% il vaccino è inutile e inefficace, ragion per cui c'è stato un rifiuto rispetto alla profilassi e alla campagna di vaccinazione oppure a vaccinarsi solo per via delle condizioni imposte per il proseguo in presenza della vita lavorativa, economica e sociale del paese. Per il 31,4% dei rispondenti il vaccino sarebbe un farmaco sperimentale i cui effetti sono incerti, e le persone che si vaccinano potrebbero subire gravi conseguenze per la salute anche a lungo termine. Tutto questo in un clima di sfiducia in cui emerge che per il 12,7% della popolazione italiana la scienza produce più danni che benefici. Questa pervasività dell'irrazionale ha infiltrato il tessuto sociale non solo in posizioni scettiche individuali, ma anche in movimenti di protesta che hanno palesato il loro malessere nelle piazze, e che hanno avuto uno spazio non modesto nel discorso pubblico, conquistando i vertici dei *trending topic* nei *social network*, scalando le classifiche di vendita dei libri, occupando anche importanti spazi nelle serate televisive.

Il pessimismo rispetto al futuro si palesa anche in termini di aspettative economiche molto negative: appena il 15,2% degli italiani ritiene che dopo la pandemia la propria situazione

economica possa migliorare. Per la maggioranza (il 56,4%) la situazione economica resterà uguale e per un consistente 28,4% peggiorerà. Ci sarebbero fattori di freno che congiurano contro la ripresa economica. Tutti i rischi di natura socioeconomica che erano stati paventati durante la pandemia (il crollo dei consumi, la chiusura delle imprese, i fallimenti, i licenziamenti, la povertà diffusa) vengono oggi rimpiazzati dalla paura di non essere in grado di alimentare la ripresa, di inciampare in vecchi ostacoli mai rimossi o in altri che si parano innanzi all'improvviso, tanto più insidiosi quanto più la nostra rincorsa si dimostrerà veloce.

Anche se questi movimenti di opinione hanno avuto una discreta penetrazione nell'esecutivo e negli esponenti della politica in generale, alcune mobilitazioni e manifestazioni in piazza hanno avuto un importante impatto mediatico, anche per l'emersione di correnti di estrema destra che hanno prodotto atti violenti e di intimidazione, come l'occupazione della sede del principale sindacato italiano a Roma da parte di un corteo non autorizzato il 9 ottobre 2021.

Politiche e misure per l'emergenza sociale: azione tempestive di solidarietà.

Le conseguenze della pandemia sarebbero state certamente più devastanti in termini sanitari, economici e sociali se lo Stato, i governi che si sono succeduti, le agenzie pubbliche e le istituzioni non si fossero attivate in uno sforzo di fronteggiamento inedito. L'Italia ha avuto un governo molto attivo nel provvedere a comporre misure istituzionali che potessero sostenere la necessità di interventi tesi a preservare il lavoro e la tutela delle fasce più deboli che hanno sofferto la crisi. Uno dei primi interventi, il cosiddetto decreto *Cura Italia*, del 17 marzo 2020, ha agito per il potenziamento del servizio sanitario nazionale e per il sostegno economico alle famiglie e ai lavoratori. Grazie ad un variegato pacchetto di misure, anche provvisorie, si è tentato di limitare l'impatto sociale della pandemia: sono state rinviate le scadenze fiscali e si sono differite le tasse dei lavoratori, specialmente gli autonomi. Sono stati forniti aiuti alle famiglie: i genitori con figli di età non superiore ai 12 anni hanno potuto beneficiare di un congedo con indennità al 50% per un massimo di 15 giorni, oppure, in alternativa, di un bonus "baby-sitting" del valore massimo di 600 euro per l'acquisto di servizi che favorissero la conciliazione fra vita lavorativa e cura dei bambini in un periodo in cui questi ultimi non potevano andare a scuola. Inoltre, ai fini retributivi, il periodo di quarantena obbligatoria è stato equiparato alla malattia. Anche nell'attenzione alle persone con situazione di dipendenza sono stati incrementati i permessi previsti dalla Legge 104 del 1992 per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone diversamente abili. Per quanto riguarda gli aiuti alle imprese, è stato istituito un Fondo di garanzia per le PMI e sono state previste misure di sostegno agli investimenti, contributi per saldare situazioni debitorie grazie a prestiti da parte dello Stato che si impegna come garante. Sono stati inoltre promossi nuovi ammortizzatori sociali per le aziende che hanno in essere una cassa integrazione straordinaria o un assegno di solidarietà.

Appena sette giorni dopo la pubblicazione del decreto *Cura Italia*, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha rilasciato la circolare *Sistema dei Servizi sociali ed Emergenza Coronavirus* rivolta ai responsabili degli uffici di piano e ai servizi sociali di Comuni, uffici che gestiscono il Reddito di cittadinanza (RdC)²⁴³ degli ambiti territoriali, ANCI²⁴⁴ e Protezione civile, in cui si riportavano indicazioni per continuare a garantire, con gli opportuni rinforzi, i servizi

²⁴³ Misura nazionale di *minimum income*.

²⁴⁴ Associazione nazionale dei Comuni Italiani.

deputati alla migliore applicazione delle direttive del Governo e a mantenere la massima coesione sociale di fronte alla sfida dell'emergenza pandemica. La circolare ribadiva il ruolo che il sistema dei servizi sociali deve svolgere nei confronti della collettività, con particolare riguardo a coloro che si trovano in condizione di fragilità, e soprattutto sottolineando la necessità di garantire i livelli minimi essenziali delle prestazioni sociali normate.

Insieme a tali provvedimenti, l'Ordinanza della Protezione civile del 30 marzo 2020 ha introdotto misure di solidarietà alimentare, incrementando il fondo solidarietà destinato ai Comuni. Questi hanno potuto scegliere la modalità in cui doveva avvenire l'erogazione: la predisposizione di bonus per l'acquisto di generi alimentari presso gli esercizi commerciali o direttamente l'acquisto di beni alimentari e di prima necessità da distribuire ai beneficiari individuati. La misura è stata molto importante per garantire l'alimentazione ai cittadini in stato di fragilità economica causata dall'emergenza e che non usufruivano precedentemente di sostegni economici da parte dei servizi sociali. La competenza per la valutazione della concessione del beneficio, dati i criteri generali, è stata attribuita all'ufficio di servizio sociale di ciascun Comune, che aveva facoltà di integrare il fondo con proprie risorse e avvalersi degli enti del terzo settore per la distribuzione degli alimenti e/o dei bonus. In questo modo l'implementazione di programmi e interventi di protezione sociale hanno di riflesso coinvolto la strutturazione e l'organizzazione del servizio sociale deputato a raggiungere le categorie più deboli e i fragili (Cerro, 2020).

Da un altro punto di vista, la pandemia ha anche innescato meccanismi di solidarietà inediti fra i cittadini. Un terzo degli italiani ha partecipato a iniziative di solidarietà legate all'emergenza sanitaria, aderendo alle raccolte di fondi per associazioni non profit, per la protezione civile o a favore degli ospedali. Quasi un terzo di coloro che si sono attivati ha svolto in prima persona attività gratuita in associazioni di volontariato impegnate nella lotta al COVID. Il 20,7% degli italiani ritiene che la gestione dell'emergenza da parte delle istituzioni abbia prodotto buoni risultati e il 56,3% che sia stata abbastanza adeguata (Sanfelici, 2020).

Caratteristiche della ricerca.

L'analisi realizzata e qui esposta intende identificare in che modo la pratica del lavoro sociale si sia caratterizzata nelle diverse strutture organizzative di servizio sociale nel corso dell'emergenza e quali possano essere le sue implicazioni per la futura definizione del lavoro dell'assistente sociale. A questo fine si è reso necessario indagare il processo mediante il quale è avvenuta la presa di coscienza dell'emergenza e la conseguente previsione di azione professionale per il suo fronteggiamento. Due sono infatti stati i fattori che maggiormente hanno messo alla prova il lavoro sociale: in quanto "lavoro" con l'introduzione dello *smart working*; in quanto "sociale" con la tempestività operativa e la previsione programmatica che variamente hanno caratterizzato le risposte territoriali, dato l'elevato grado di diversità che connota le infrastrutture di servizi alla persona del *welfare state* italiano. Come vedremo, infatti, il livello di sviluppo di coscienza individuale e organizzativa dell'evento pandemico insieme al livello di razionalità organizzativa del contesto dove opera il servizio sociale si rivelano fattori determinanti per una gestione delle emergenze che non intacchi gli standard di efficienza ed efficacia cui il servizio sociale territoriale è abituato a lavorare.

Alla luce del concetto di coscientizzazione di Paulo Freire (1968), il gruppo di ricerca si è interrogato sul significato situato dello stesso nel contesto italiano. Questa che segue è un'analisi semantica del concetto di *coscienza* che si è rivelata indispensabile per la comunicabilità stessa del

progetto agli assistenti sociali intervistati, per l'analisi tematica delle stesse interviste e per la collocazione del contesto culturale italiano nel panorama mondiale.

La parola *coscienza* deriva dal latino *conscientia/ consciens/ conscire* e significa “essere consapevole”. Composto di *cum* “con” e di *scire* “sapere”, la *coscienza* costituirebbe il sentimento che accompagna la *scienza*, che si adopera, cioè, per la consapevolezza di quanto avviene in noi: “quell’interiore conoscimento che ciascuno ha del bene e del male liberamente operato e il giudizio che ha dei suoi sentimenti ed azioni, secondo la relazione che hanno coi principi della morale” (Bonomi, 2004). Anche l’aggettivo *consapevole* deriva da *cum* “con” e *sapere* “sentire sapore” e si riferisce a chi “insieme con altri ha contezza di checchessia” ed è quindi “complice”, è chi “ha piena cognizione della cosa in discorso”. Tali significati etimologici mostrano come nel concetto di *coscientizzazione* e, dunque, di *presa di coscienza*, sia presente la dimensione della *conoscenza* e del *sapere* di un dato oggetto in una doppia prospettiva intima e individuale e collettiva.

I contesti organizzativi che caratterizzano il lavoro sociale, ed entro cui si possono osservare i concetti di *coscienza* e *consapevolezza*, rendono piuttosto evidente il processo che gli operatori sociali sono chiamati professionalmente ad attraversare, passando da una dimensione morale-individuale ad una etico-collettiva di coscienza (Durkheim, 1893; Marx, 1867). I professionisti del sociale, infatti, sono chiamati non solo ad avere coscienza di sé in quanto professionisti, ma anche ad avere coscienza di sé nel contesto organizzativo e sociale all’interno del quale operano con altri professionisti e con i beneficiari stessi degli interventi e sistemi di azione che mettono in atto.

In un’altra definizione, comunemente rinvenuta nelle aree disciplinari giuridico-filosofiche e psicologiche, il concetto di *coscienza* rivela la “consapevolezza che il soggetto ha di sé stesso e del mondo esterno con cui è in rapporto, della propria identità e del complesso delle proprie attività interiori”. Accanto alla conoscenza della propria interiorità, del contesto esterno e del rapporto esistente tra interiorità ed esteriorità, ci sono da considerare anche le condizioni temporali e spaziali in cui questa conoscenza avviene. La *coscienza* è anche da intendere come “qualcosa che esiste sotto certe condizioni e che non esiste sotto certe altre” (Mead, 1966, p. 68-83). In tal senso, osservare come si sviluppa il processo di presa di coscienza di un professionista in una data organizzazione ed in un dato contesto è particolarmente significativo quando le condizioni sono emergenziali perché provocate da una catastrofe collettiva.

Il concetto di coscienza è, dunque, da considerare in prima istanza da un punto di vista organicistico, con riferimento all’incoscienza e alla coscienza che un essere umano ha delle proprie funzionalità organiche automatiche, che esistono cioè al di là della sua conoscenza, nelle condizioni in cui tale organismo si trova. Se si trovasse, ad esempio, in una condizione perenne di stasi, l’organismo potrebbe non percepire mai l’avvenimento di una modificazione nel proprio organismo, non cercarne la fonte e non prenderne così coscienza. Il punto di partenza del processo di presa di coscienza può quindi essere considerato come la condizione di incoscienza: l’organismo, cioè, esiste al di là della percezione e della conoscenza individuale ed anche di quelle relative ad un altro essere umano: “una persona continua a vivere anche quando è sottoposta ad un’anestesia generale. La coscienza va e viene, ma l’organismo in sé continua a funzionare” (Mead, 1966, p. 68-83). Questa distinzione tra coscienza e incoscienza torna utile nella riflessione dal momento che l’evento emergenziale, per la sua immediatezza e imprevedibilità, può provocare una costrizione alla presa di coscienza di fattori precedentemente ignoti alla coscienza personale e organizzativa, in questo caso del servizio sociale.

Secondo queste prime riflessioni definitorie, possiamo osservare come la coscienza si componga di diversi fattori: uno sensoriale, relativo all'attenzione della mente; uno cognitivo, relativo alla selezione di alcuni stimoli su cui porre l'attenzione; uno ostativo, inerente alla difficoltà nel cogliere con coscienza la totalità dell'organismo; uno relazionale, inerente alla possibilità di cogliere la differenza tra realtà esterna e interna all'organismo e intuire la presenza di interazione tra queste due dimensioni, secondo varie e diverse forme.

L'impossibilità di cogliere la totalità degli stimoli esterni con una coscienza individuale e la relativa necessità dell'Altro per provare a farlo sottolinea ulteriormente l'importanza della aggregazione degli individui attorno al tentativo di divenire coscienti, assumendo consapevolezza e producendo conoscenza, mediante l'uso del linguaggio. Si coniugano, in tal senso, l'apparato sensoriale, cognitivo e linguistico.

Un ulteriore elemento caratterizzante ha a che fare con il concetto di "falsa coscienza" (Marx, 1867) e con la necessità di costruire un processo mediante il quale raggiungere una "coscienza di classe", ovvero una 'consapevolezza collettiva' di appartenere ad un medesimo strato sociale che a sua volta è parte di una struttura di stratificazione data, che esiste cioè a prescindere dalla consapevolezza degli esseri umani che la compongono e abitano. Tale coscienza aiuterebbe, nel ragionamento di Marx, a generare un possibile movimento, quindi un cambiamento della posizione o addirittura della struttura stessa. Qui si aggiunge un ulteriore passaggio nella riflessione: dall'automatismo del funzionamento della struttura/dell'organismo, dunque da uno stato di incoscienza individuale e sociale, ad uno di coscienza e consapevolezza e, ancora, ad uno di azione (consapevole e conscia) diretta alla modificazione della propria posizione all'interno della struttura sociale data o, addirittura, della struttura stessa.

Il processo, dunque, di coscientizzazione applicato all'intervento sociale e, nello specifico, al lavoro dell'assistente sociale in un contesto di emergenza sanitaria pone all'attenzione della nostra analisi la necessità di realizzare almeno due passaggi: da uno stato di incoscienza ad uno di coscienza individuale e collettiva del sé come individuo e del sé come organizzazione e contesto sociale; da una struttura di azioni automatiche, legate all'incoscienza, ad una di azioni organizzate e dirette al cambiamento sociale, legate alla coscienza di quello che si è e di quello che è necessario diventare per rispondere ai bisogni del contesto, dell'organizzazione, dell'individuo. Il servizio sociale, in tal senso, risponde a sé stesso in quanto professione, all'organizzazione in quanto strumento di lavoro, al contesto in quanto a servizio della popolazione e finalizzato alla realizzazione e al consolidamento del suo benessere.

Inquadramento metodologico

L'impianto metodologico utilizzato è qualitativo e si ispira a un approccio *semi-grounded* di stampo costruttivista (Charmaz, 2006), in quanto pur basandosi su categorie analitiche teoriche di riferimento, lascia spazio all'emergere di temi a partire dalle narrazioni degli intervistati.

La tecnica principale scelta per la raccolta delle informazioni è stata l'intervista narrativa (Ferrarotti, 2003), mentre la selezione degli assistenti sociali intervistati è stata ragionata, volta cioè a individuare un gruppo di soggetti quanto più possibile eterogeneo rispetto al numero di anni di esperienza e al tipo di ruolo e funzione organizzativa, ma soprattutto rispetto all'area di intervento.

Il tipo di analisi realizzata è stata quella tematica (Bazeley, 2009), volta cioè ad individuare i temi attinenti al concetto di coscienza che derivano direttamente dalle esperienze sul campo dei

social workers. Il metodo di analisi è stato *in-case* e *cross-case* (Fereday e Muir-Cochrane, 2006), in modo da avere la possibilità di incrociare i temi relativi alle esperienze individuali con quelli relativi all'insieme delle esperienze raccolte.

Analisi delle interviste

Il profilo degli intervistati è abbastanza rappresentativo dell'assistente sociale italiano in merito a prevalenza del genere femminile, su n.15 assistenti sociali intervistate n.2 sono uomini e n.13 sono donne; dal punto di vista geografico, maggiormente rappresentata è l'area geografica del Centro – Sud Italia ed il settore pubblico. Le aree di intervento in cui operano le assistenti sociali intervistate sono invece estremamente eterogenee al fine di cogliere la variabilità e gli elementi comuni delle prassi messe in atto. Su 15 assistenti sociali intervistate, n.2 hanno vissuto la pandemia in quanto impiegate in uffici per l'immigrazione, n.3 in uffici per il contrasto alle povertà, n.4 in azienda sanitaria locale, n.5 presso enti locali, n.1 presso un ordine professionale regionale in qualità di presidente. Di seguito presentiamo le categorie di analisi tematica individuate a livello mondiale e mediante le quali tentiamo di rappresentare il processo di presa di coscienza nella sua dimensione etico-politica, teorico-metodologica e teorico-operativa.

Il processo di presa di coscienza

Il momento in cui abbiamo realizzato le interviste, tra giugno e ottobre 2021, ha costretto gli intervistati a rivivere i primi momenti della pandemia come qualcosa di più lontano nel tempo di quanto oggettivamente può significare un anno mezzo. C'è chi afferma che si vive una differenza fra il tempo percepito e il tempo vissuto. La densità delle novità nel primo tempo di *lockdown*, lo stupore per quanto stava succedendo, lo stravolgimento della quotidianità, sono tutte caratteristiche che rimandano a ricordi indelebili di eccezionalità che non seguono il normale succedersi dei giorni e dei mesi.

La rivisitazione di quegli episodi ha, in primo luogo, suscitato non soltanto ricordi sui fatti, ma piuttosto un insieme di sentimenti molto forti di sorpresa, di novità, di intensità, di preoccupazione. Sono stati momenti in cui i cambiamenti sono successi con grande celerità: “*non mi potevo capacitare, succedeva tutto senza avere la minima preparazione per quello che stava per avvenire*”.

È stato anche un evento storico in cui traspare la coscienza di aver partecipato in modo collettivo, in cui le vicende personali, di contesto e dell'intero Paese si sono intrecciate in modo solidale come con poche altre dimensioni della vita capita. E tuttavia, nella testimonianza di alcuni colleghi, un sentimento prevalente è stato quello della solitudine: “*mi sentivo sola, venivo a lavorare e c'eravamo solo due o tre persone in tutto l'edificio; anche per strada ti sembrava di vivere un film di terrore, con le vie deserte*”.

Il passaggio da uno stato di incoscienza ad uno di coscienza della situazione pandemica si è caratterizzato per essere *immediato*, perché prevalentemente connotato da emozioni di paura attinenti alla sfera personale-individuale del soggetto, e *progressivo* al tempo stesso, perché accompagnato dalle diverse forme di riorganizzazione dei servizi sociali.

[...] la percezione della gravità è stata immediata perché comunque subito c'è stata molta paura per quello che stava avvenendo e già con la chiusura delle scuole si è stravolta diciamo la vita di tutti; quindi, in qualche modo c'è stata una contezza immediata [...]

[...] la disposizione di chiusura delle scuole ha secondo me fatto modificare e reso reale a tutti quello che stava avvenendo ... da lì è nato lo smart working e quindi in qualche modo per forza dovevi capire che stava succedendo qualche cosa. È stata un'escalation di immediatezza [...]

[...] è stata una sorpresa per tutti, nel senso che ci siamo trovati catapultati, una cosa veramente surreale, poi in questo servizio siamo pochi [...]

[...] Ho iniziato a capire che stava succedendo qualcosa ad un livello più ampio però ancora non si capiva la ricaduta che questo avrebbe avuto sul territorio, ancora ci sentivamo lontani dal problema [...]

Gli elementi che hanno connotato l'immediatezza della presa di coscienza fanno riferimento a: eventi legati innanzitutto alla vita privata dei professionisti; in secondo luogo alla riorganizzazione del *setting* di lavoro e, in alcuni casi, alle mansioni specifiche della vita professionale; alle richieste di aiuto crescenti da parte dei beneficiari dei servizi, alcuni dei quali inaspettate e inusuali; alla dirompenza e alla dipendenza dei propri movimenti dalla dimensione normativa e di governo non solo di livello nazionale ma anche locale.

[...] ci siamo resi conto da subito di questa cosa perché abbiamo attivato da subito il servizio di emergenza [...]

[...] un'altra cosa che mi ha fatto rendere conto sono state le e-mail dei familiari e degli amministratori di sostegno [...]

[...] ho compreso la gravità della situazione qua in ufficio quando è arrivata la lettera dal sindaco su quella che doveva essere tutta la riorganizzazione del servizio ... e ho capito di come tutto stava cambiando e dovevamo adattarci alla nuova realtà [...]

I fattori che hanno connotato invece la progressività della presa di coscienza sono stati: la dipendenza della riorganizzazione della vita personale e professionale dai mutamenti talvolta repentini dovuti alle decisioni del governo che modificarono radicalmente la vivibilità del territorio e dell'accessibilità ai servizi; la dipendenza della riorganizzazione interna di ogni organizzazione dalle richieste sempre crescenti di aiuto da parte di chi era già beneficiario dei servizi e dei cittadini in senso più ampio.

[...] mi ricordo questo senso di abbandono e gli sguardi dei miei colleghi, perché noi non sapevamo quando ci saremmo rivisti, quanto sarebbe durato, cosa stava succedendo, se ci avrebbero pagato ... era una situazione di silenzio ma in realtà c'erano tante domande che ci volevamo fare, a cui volevamo delle risposte ma a cui nessuno sapeva rispondere [...]

[...] io mi sono operata in quel periodo ... mi sono accorta di quello che succedeva effettivamente quando è esplosa la situazione in una delle nostre strutture ... una residenza per anziani nonostante fossi in malattia abbiamo seguito la cosa con la direzione sanitaria [...]

A fronte dell'ambivalenza immediatezza-progressività del processo di presa di coscienza, una delle difficoltà per incrementarla di più sono state riscontrate nell'assenza o il poco tempo dedicato all'elaborazione del vissuto emergenziale come gruppo di lavoro in forma di supervisione

professionale, nonostante nel corso del processo sia stato sperimentato un senso di solidarietà tra colleghi considerato molto forte, ma tacito.

[...] con i colleghi anche se eravamo in pochi la solidarietà che si è creata tra di noi, la voglia di non abbatteci, siamo stati abbastanza forti tutti ... è una cosa che ci ha fatto sentire uniti nel dolore nella sofferenza ... ma ha accentuato tutte le problematiche [...]

[...] alla fine dell'emergenza. abbiamo fatto dei gruppi di lavoro tra di noi, dei gruppi di lavoro con un professore dell'università, e poi abbiamo - sotto mia coercizione - deciso di scrivere, di mettere un po' per iscritto quello che era successo ... quasi un po' in maniera catartica [...]

Nella testimonianza dei quindici assistenti sociali intervistati, il processo di presa di coscienza sembra essersi caratterizzato per un passaggio da uno stato di incoscienza personale e professionale a uno di coscienza personale e professionale avente elementi insieme di immediatezza, dovuti alle misure di contenimento emergenziale provenienti dai provvedimenti di governo nazionali, e di progressività, perché calibrati sul livello di razionalità organizzativa propria di ciascuna struttura presso cui l'assistente sociale esercitava, al momento della pandemia, la professione.

Un elemento rilevante e critico, espresso in maniera abbastanza omogenea, è stato il processo di rielaborazione personale e organizzativa dell'evento critico di cui ciascun professionista ha sentito il bisogno e che non è sempre stato garantito o a cui si è diversamente fatto fronte, ad esempio con l'elaborazione in forma scritta.

Per molti degli intervistati, la pandemia ha significato un evento di vulnerabilità e di crisi anche riguardo alla capacità della scienza e dei sistemi di protezione delle tutele dei propri cittadini. Una collega lo esprime in questo modo "(...) mi sono sentita tradita dalla scienza. Credevo di essere più preparata per poter lottare contro qualsiasi malattia, mi sono accorto che in realtà non c'era possibilità di contenere quel virus".

Dimensione etico-politica

La recezione dei decreti governativi da parte delle regioni ha messo in luce, in modo particolare, due importanti fattori: la possibilità di adottare procedure di emergenza di cui si suppone ogni organizzazione debba dotarsi; i limiti e le fragilità che caratterizzano ogni organizzazione.

Il governo, da una parte è stato percepito come affidabile ma non efficiente nelle comunicazioni, il che ha contribuito ad alimentare quel senso di parallela progressività e immediatezza del processo di presa di coscienza.

[...] È stato tutto molto immediato ... c'erano delle procedure di emergenza che sono state diramate dai ministeri, posti al vaglio nel nostro caso al COC (Centro Operativo Comunale) che era l'anello diciamo finale della catena di emergenza locale e il COC (Centro Operativo Comunale) già il 27 febbraio era stato costituito e aveva fatto le sue prime riunioni [...]

[...] C'è stata molta riflessione ma una riflessione obbligata, dove riflessione e azione andavano di pari passo ... perché non c'era molta inventiva, cioè i paletti giuridici del COC (Centro Operativo Comunale) dello stato di protezione civile, di fatto hanno delineato come l'emergenza doveva svolgersi. Quindi, con questo substrato di diritto il

resto è stato soltanto leggere i bisogni della popolazione e riflettere su come soddisfarli in un tempo record [...]

[...] ci sono delle regole già sancite, il problema è che questa emergenza è stata talmente inedita che l'emergenza a cui siamo abituati sono quella del freddo, quella dell'eccessivo caldo o l'emergenza di protezione civile legata al terremoto. E quella pandemica sicuramente ha necessitato di una ristrutturazione continua però ci sono delle regole presenti per la gestione dell'emergenza [...]

[...] il comune ha utilizzato la gerarchia delle posizioni, il COC (Centro Operativo Comunale) era costituito dai dirigenti, poi ogni dirigente diramava alle posizioni organizzative, le posizioni organizzative al personale ... probabilmente si poteva organizzare una comunicazione maggiormente sinergica e diffusiva però questa cosa non avviene soltanto nell'emergenza, avviene anche nella quotidianità [...]

Il dilemma etico principale ha riguardato il modo di preservare la sicurezza personale e, allo stesso tempo, quella collettiva all'interno della medesima organizzazione, considerando la vulnerabilità in cui versava la popolazione beneficiaria dei servizi già da prima dello scoppio della pandemia.

[...] già il 6 marzo siamo stati contingentati all'ingresso ... non abbiamo stretto le mani a nessuno, c'erano già tutta una serie di attenzioni e anche all'interno dell'ufficio avevamo iniziato a utilizzare il disinfettante, la situazione era già palesemente nota all'ufficio perché è stato mantenuto un livello di attenzione rispetto all'avvicendamento delle persone, alle distanze [...]

[...] Non tutti i colleghi hanno mantenuto la continuità dei casi seguiti. Ci siamo preoccupati innanzitutto per coloro di cui avevamo meno notizie, quei casi in cui sapevamo che la convivenza era difficile per diversi motivi e che non siamo stati in grado di contattare con facilità [...]

[...] anche se l'amministrazione ci imponeva di rispettare una turnazione ... noi per il carico di lavoro e per l'emergenza abbiamo deciso con la nostra responsabile di essere qui presenti tutti i giorni ... avevamo la possibilità di chiedere lo smart ma non l'abbiamo fatto [...]

[...] la asl non è stata capace di dare tutto e subito ... ci siamo arrivati nel tempo ... con i colleghi delle strutture c'è stato un lavoro eccezionale, perché il privato è meno imbrigliato nelle maglie istituzionali; quindi, è più libero per certi versi ... ma per gli inserimenti c'è stato un blocco totale [...]

[...] il governo con tutta una serie di provvedimenti aveva finanziato l'erogazione di misure di solidarietà alimentare che ha comportato un lavoro per i comuni non indifferente anche perché la normativa ... diceva "vi stiamo dando questi soldi, fate delle cose, vede voi cosa come e quando" senza dare effettivamente delle linee [...]

Da questa area di analisi, emerge con forza la rilevanza della prontezza organizzativa rispetto alle indicazioni governative e della protezione civile. Il dilemma etico professionale risulta particolarmente pressante rispetto al rapporto del professionista con la propria sicurezza, quella dei beneficiari dei servizi e l'obbedienza alle disposizioni normative non sempre chiare e non sempre costanti. Dunque, al consueto dilemma etico tra mandati professionali si cumulava la

preoccupazione e la considerazione alla propria sicurezza e di quella del proprio nucleo familiare. Accanto a questo, emergono anche: lacune organizzative preesistenti allo scoppio dell'emergenza pandemica, la poca familiarità con le procedure di emergenza previste in ogni organizzazione dedicata ai servizi alla persona, la poca condivisione delle stesse informazioni con operatori non aventi ruoli di coordinamento o responsabilità organizzativa.

Per alcuni assistenti sociali, il tempo della pandemia è anche un tempo “di crescita e di opportunità”, perché nella situazione di crisi profonda di tutte le strutture sociali e dei sistemi organizzati, ha fatto emergere l'umanità, la creatività e l'iniziativa solidale di molte persone.

[...] abbiamo fatto cose durante il covid che in un altro momento sarebbero state difficili; le persone si sono sentite chiamate a dare una mano con quanto potevano offrire in favore di chi più stava in difficoltà [...]

[...] quando le istituzioni si sono chiuse, le persone si sono attivate per risolvere in qualche modo i propri problemi affidandosi alle persone che le erano intorno [...]

Si sottolinea che la portata della pandemia ha creato le basi per una maggiore coscienza collettiva che ravviva livelli di una certa uguaglianza.

[...] dal momento che avevamo tutti la stessa paura, eravamo anche tutti molto vicini e molto uniti. Si sono create relazioni nuove, in cui la condivisione era più intensa [...]

Dimensione teorico-metodologica

Il servizio sociale di urgenza ed emergenza si caratterizza per essere un settore la cui conoscenza è tutt'oggi in fase di costruzione in Italia. La percezione degli assistenti sociali intervistati è che, nonostante il tema appartenga alla quotidianità dell'esperienza professionale e sia stata effettivamente vissuta durante l'emergenza pandemica, il senso di impreparazione e la difficoltà riorganizzativa siano state tangibili e vissute da tutti seppure in modi e gradi diversi.

I temi emersi dall'analisi e che caratterizzano questa dimensione riguardano la programmazione e il conflitto tra parte tecnica e politica, il ruolo e lo spazio della riflessività nel servizio sociale in situazione di emergenza, la flessibilità come competenza da integrare nel curriculum formativo dei professionisti del sociale

L'importanza di pianificare le azioni insieme alla parte politica è posta come necessaria al fine di avere le informazioni opportune per espletare la funzione di coordinamento, dando un senso di sicurezza e supporto ai colleghi e, in conseguenza, alla popolazione.

[...] ci siamo trovati a ballare con dei passi che non conoscevamo, è un po' questa la metafora, non c'era un pensiero ma non si poteva strutturare poi particolarmente perché le regole cambiavano di continuo... questo margine di decisionalità dall'alto fino a un certo punto lascia tempo al pensiero [...]

[...] la prontezza di essere comunque delle persone formate e consapevoli sia dell'aspetto sociale che amministrativo sicuramente ha fatto la differenza, però ci sono stati dei punti in cui questa cosa non era scontato che emergesse; quindi, è stato sempre un po' un mettersi sempre un po' in gioco, a capire il limite di quello che ti dicono, di come lo devi fare e di come lo puoi fare nel migliore dei modi [...]

Manchevoli sono, d'altra parte, risultati gli spazi per la riflessione collettiva su come si stava gestendo l'emergenza da un punto di vista organizzativo ed emotivo. Tali momenti sarebbero stati necessari durante il fronteggiamento delle situazioni di crisi e a seguito, nella fase di ripresa, per raccogliere i punti di vista di ciascuno e ripensare e riorganizzare le caratteristiche di un'ipotetica nuova fase di fronteggiamento dell'emergenza.

[...] da questa esperienza si accentua la nostra attitudine ad essere aperte anche ad improvvisare ... ad adattarsi a tutto ... in questo caso sul campo ... mi sono sentita con i colleghi in trincea ... mi sono arricchita, sperimentata. abbiamo saputo gestire la situazione però queste cose poi vanno messe in una situazione di supervisione, abbiamo bisogno di capire come ci siamo sentiti, cosa modificare [...]

[...] io ho proposto un progetto aziendale per affrontare il covid ... il progetto era sul coordinamento dei distretti socio sanitari del servizio sociale professionale aziendale, perché ritenevo potesse essere utile ... per rilevare i bisogni espressi ... la funzione filtro famosa che abbiamo doveva essere attivata per la rete asl comune e privato sociale ... questa era la mia idea ... ed è stato bloccato ... per la mancanza di mezzi tecnici adeguati per gli incontri online ... e le assistenti sociali sono state messe tutte in smart working ... ed erano tutte ultra cinquantenni [...]

[...] la supervisione deve essere resa obbligatoria, non deve essere lasciata a discrezione degli enti, o quantomeno personale. io come professionista deontologicamente devo sentire la responsabilità di essere supervisionato anche dal punto di vista emotivo [...]

Infine, i professionisti intervistati sono stati accompagnati in un passaggio nella riflessione da un livello più teorico-pratico ad uno più formativo in cui si conviene rispetto al riconoscimento della flessibilità come competenza fondamentale per la professione.

[...] è importante a livello di formazione insegnare la cosiddetta empatia ... ma soprattutto la capacità di adattarsi, di avere autostima soprattutto quando ci sentiamo attaccati da tutte le parti ... di pensare di non essere dio sulla terra, di fare quello che possiamo [...]

[...] sicuramente dobbiamo essere tutti più pronti ai cambiamenti, non dobbiamo essere incollati agli schemi, quello che deve passare è l'adattabilità, perché il nostro lavoro è un lavoro dinamico, è un lavoro che cambia con il tempo, dobbiamo essere in grado di accogliere i cambiamenti ... l'attenzione alla tecnologia è anche un altro aspetto [...]

[...] e poi l'assistente sociale deve avere una formazione amministrativa, perché non è possibile non esserne coscienti ... io devo sapere come funziona la macchina amministrativa ... non ci sono servizi sociali che non passano dalla macchina amministrativa [...]

Relativamente alla dimensione teorico-metodologica appaiono strettamente interconnessi e interdipendenti la programmazione organizzativa ordinaria e quella straordinaria che si esplicita in una catena di interventi straordinari in fase di emergenza, ma non per questo privi di visione e previsione programmatica. Questa dimensione risulta particolarmente ricca di spunti e riflessioni di natura formativa.

Tre sono i principali fattori che vengono messi in evidenza: la flessibilità, come competenza trasversale che l'assistente sociale deve acquisire perlomeno in fase di tirocinio

formativo; la competenza digitale, come imprescindibile in questo periodo storico e per il futuro del servizio sociale; la conoscenza globale della macchina amministrativa. Quest'ultimo punto appare particolarmente significativo per la nostra riflessione, in quanto il processo di presa di coscienza come passaggio dall'incoscienza alla coscienza individuale e collettiva deve necessariamente prevedere la conoscenza del contesto e del funzionamento della struttura rispetto ai quali la coscienza si sviluppa. Solo se si è in possesso della conoscenza del contesto e del paesaggio in cui si è immersi, si può anche assumere una posizione e una postura di senso in termini di azione, prevedendo e generando delle azioni che possono incidere sul fronteggiamento dell'emergenza in essere, sull'utilizzo della macchina organizzativa, sulla protezione del benessere della popolazione che non esclude quello proprio del professionista.

Anche i consigli territoriali dell'Ordine degli Assistenti Sociali si sono visti in una situazione di difficoltà nel poter dare degli orientamenti precisi ai colleghi sul come procedere in un contesto in cui la perplessità e il disordine governava l'organizzazione dei servizi sociali. Dopo il torpore iniziale, per capire cosa stesse succedendo, si sono avvicinate alcune dinamiche di partecipazione e scambio fra colleghi:

[...] abbiamo chiesto come Ordine Professionale di segnalare metodologie innovative, ma non sono arrivate molte; forse serviva più tempo per maturare un pensiero strutturato... [...]

Come riflessioni metodologiche sono state segnalate le difficoltà di integrazione di tutti i servizi, e in particolare, la differenza di sostegno nei servizi fra quelli sanitari e quelli sociali. Si lamenta che la visione del sanitario non incorpori pienamente un concetto più olistico per cui si possa parlare di integrazione sociosanitaria. In particolare, la attenzione domiciliare delle persone più vulnerabili che hanno sofferto gli effetti indesiderati dell'isolamento sociale non ha visto un rinforzamento tempestivo dell'attenzione domiciliare, ma al contrario:

[...] abbiamo avuto difficoltà a dare continuità ai servizi domiciliari delle persone, tranne che per i casi di attenzione sanitaria. Alcuni casi sono stati segnalati successivamente quando hanno avuto il covid [...]

In alcuni contesti sono nate "unità di crisi" come risposta emergenziale. La partecipazione dei servizi sociali non era prevista all'inizio, ma successivamente, di fronte alle necessità di organizzazione sui territori, sono stati chiamati in causa.

[...] quando la protezione civile ha costituito le unità di crisi non ci hanno chiamato. Poi, vedendo che il nostro ruolo era fondamentale, ci hanno chiesto di partecipare. Il nostro ruolo è diventato centrale nella distribuzione dei bonus spesa e nel coordinamento sul territorio fondamentalmente con le parrocchie [...]

Dimensione teorico-pratica

Un sentimento comune nella pratica quotidiana del servizio sociale in situazione di emergenza da COVID 19 ha riguardato lo stato di *corsa* e di *pericolo* che ha rievocato fortemente la retorica del soccorso in situazione di *guerra*, molto utilizzata anche dai media. Obiettivo comune dei professionisti intervistati è stato quello di "dare qualcosa, qualsiasi cosa, per far sentire meglio l'altro". La sensazione che ha accompagnato costantemente la loro pratica di lavoro si può sintetizzare con un'espressione usata da una intervistata: "è stato un continuo fare senza pensare".

I temi attinenti alla dimensione teorico-pratica del servizio sociale in emergenza si distribuiscono tra condizioni strettamente materiali del lavoro, elementi organizzativi e qualità del lavoro. In ordine alla strumentazione pratica in dotazione al servizio sociale, l'introduzione dello *smart working* ha rilevato la necessità di incrementare e formare all'uso degli strumenti tecnologici i professionisti.

[...] noi ci siamo occupati dei buoni spesa ... nei primi mesi di smart working dovendo andare a valutare, rispetto ai criteri decisi dal comune di Bari, andando a valutare le famiglie che avevano fatto domanda di buono spesa già percettrici di misure di sostegno ... nell'ottica di non accumulo di interventi sulla stessa famiglia [...]

[...] le colleghe che avevano la visione del lavoro territoriale non hanno capito che il lavoro si potesse fare anche da casa ... hanno imparato dopo averla esercitata l'esperienza ... il fallimento parziale è stato dovuto all'inesperienza di un lavoro da remoto e il timore del personale ... prima che arrivassero le nuove assunte ... io ho 60 anni e sono la più giovane ... la paura è stata tanta [...]

Un rischio non indifferente che alcuni servizi hanno incontrato è stato quello della *paralisi organizzativa* a fronte di una situazione di emergenza. L'uso dell'organizzazione come strumento per argine per le emozioni di paura dei professionisti è risultato strategico in alcuni casi a seconda di quanto venissero garantiti i dispositivi di sicurezza individuali, la tecnologia necessaria al lavoro in smart e una distribuzione di ruoli e compiti sostenibile alla luce delle diverse condizioni in cui i professionisti si sono trovati rispetto allo *status* iniziale di lavoro.

[...] io preferisco lavorare in presenza, perché lavorare da casa implica perdere la dimensione lavoro casa. Infatti, io non renderei così netta la differenza tra quello che succedeva a casa e il lavoro perché in un primo tempo è stato un lavoro continuo senza degli orari, nel secondo tempo quando poi è stato avviato lo smart working in un periodo in cui la gestione dell'emergenza era sotto controllo, nei mesi di aprile e maggio, stare a casa se hai una dimensione familiare presente vuol dire allungare il tempo di lavoro [...]

[...] in ufficio non mi sono sentita per niente protetta e tutelata ... perché inevitabilmente siamo state tante persone insieme, abbiamo avuto molti contatti con le persone ... abbiamo usato i DPI (dispositivi di protezione individuali) però la dimensione della paura in un sistema che diceva di limitare i contatti ehm qui è come se i contatti non si sono limitati, anzi per certi versi è come se i contatti si implementavano [...]

Fattori che hanno fatto la differenza nella qualità della pratica del lavoro del servizio sociale in emergenza sono stati, da una parte, la possibilità di mantenere alto il livello di attenzione ai contenuti della relazione di cura che gli assistenti sociali avevano già in affidamento e che si sono aggiunti nel corso dell'emergenza; dall'altra, il grado di solidarietà tra componenti dell'equipe professionale, all'interno dell'organizzazione e, ancora, la solidarietà che si è manifestata a livello comunitario, tra i cittadini.

[...] è stato un crescendo progressivo ... la prima necessità è stata quella di organizzare dei viveri di base perché ci siamo trovati davanti a delle persone che erano impossibilitate ad uscire di casa ... fino all'esigenza di andare a comprare dei farmaci ... quindi la prima cosa che è stata attivata è stata la possibilità di dare una disponibilità in più da parte nostra [...]

[...] il telefono era un centralino e abbiamo trovato difficoltà a gestire la parte amministrativa ... creare ex novo una piattaforma Excel perché dovevamo raccogliere dati, fare una graduatoria per distribuire soldi [...]

[...] io credo che dovremmo creare un nuovo modello, che è quello del problem solving in emergenza, dove di fatto lo schema di azione del servizio sociale non cambia durante l'emergenza. Cioè, al netto del covid, della paura che ha creato nel momento della chiusura, il modello di problem solving in emergenza e in flessibilità implica che innanzitutto l'operatore deve essere veramente flessibile. Cioè, tutte le regole che stanno in qualche modo perdono un po' di valore; cioè, devi essere metà operatore metà volontario, e questo non tutti sono disposti a farlo ... Quindi, costruire un modello di intervento di questo tipo ... flessibilità e umanità e professionalità, queste tre cose devono sposarsi in questo modello [...]

Lo *smart working*, il lavoro a distanza, o il *digital social work* sono stati inizialmente accolti come un'imposizione delle circostanze in cui ci si avvaleva, in mancanza di alternativa, di quello che "si riusciva a fare chiamando ai cellulari delle persone e coordinandoci con videoconferenza". La maggior parte dei servizi era però priva di una adeguata preparazione per farne un uso continuato.

[...] prontezza di intervento, abnegazione ... diversi livelli di operatività, erano sempre pronti a rispondere a qualsiasi tipo di richiesta, qualsiasi no, però almeno ci provavano ad essere presente, almeno ad accogliere delle domande [...]

L'introduzione frettolosa e precaria della comunicazione a distanza come strumento dei servizi ha dato luogo a una seconda fase, in cui gli effetti della pandemia tendevano a diminuire, in cui si è aperto un discernimento in ciascun contesto sulla convenienza del rimanere con alcune pratiche che avevano mostrato la sua efficacia. La riflessione di alcuni colleghi è che pur riconoscendo che il lavoro diretto con le persone è insostituibile nella professione, è anche vero che l'immediatezza, l'efficienza e la semplicità della comunicazione con il computer ha permesso di crescere nella qualità e nell'accessibilità al servizio.

[...] c'è che preferisce lavorare da casa e ci sono altri che subito si sono reincorporati al lavoro in presenza non appena è stato possibile. Ancora facciamo molte riunioni con il computer, perché è più facile e diretto [...]

[...] sono stati periodi in cui lavoravo tutto il giorno con il cellulare. Le persone mi sembra che abbiano molto ringraziato questo modo di essere stato così disponibile a interessarmi su come stavano, anche se soltanto potevo farlo con questa modalità. A pandemia finita dovremmo chiederci se non sarebbe il caso di continuare a dare questa disponibilità [...]

In questa dimensione si è osservato il modo in cui teoria e pratica del lavoro sociale si sono incrociati: da una parte, si è rilevato come l'inefficacia e inefficienza organizzativa, dovute principalmente alla scarsa disposizione della tecnologia e delle competenze digitali per lo svolgimento dello *smart working*, abbiano generato il rischio di paralizzare il lavoro sociale; dall'altra, tale inefficacia e inefficienza hanno stimolato la creatività del servizio sociale e la solidarietà tra colleghi appartenenti alle medesime équipe professionali.

La ricerca ha anche permesso di sondare quale sono state i collettivi che più hanno sofferto gli effetti pandemici. In Italia l'impatto del covid sulla popolazione anziana è stato molto evidente

come impatto sanitario, ma le conseguenze della inattività produttiva di molti settori ha colpito una gran parte della popolazione, che si è vista senza i minimi introiti per vivere:

[...] la pandemia ha colpito molto chi ha perso il lavoro, chi non poteva accedere ai servizi e chi ha subito i problemi connessi con l'isolamento. Molti sono stati i nuovi utenti dei servizi sociali. Persone che non avrebbero mai pensato di vedersi in un tale stato di necessità [...]

[...] quando le persone sono rimaste a casa, le situazioni di conflitto e di violenza sono diventate subito invisibili. È stato difficile seguire le persone [...]

Oltre ai casi più flagranti, durante la ricerca è emersa una preoccupazione sempre più sentita verso le conseguenze che la pandemia ha lasciato, forse in modo meno visibile in un primo momento, sugli adolescenti.

[...] i ragazzi di 14 a 18 anni hanno molto subito questa situazione. Senza poter uscire, troppo grandi per avere la possibilità di uscire insieme ai genitori, troppo piccoli per uscire da soli al lavoro o altro, tutto il giorno catapultati a relazionarsi solo col computer... ora vediamo le conseguenze, non sanno più vivere la normalità, hanno problemi per tornare a scuola, alcuni perfino per uscire dalla stanza... [...]

La formazione degli assistenti sociali.

La ricerca ha permesso di ascoltare la riflessione dei professionisti assistenti sociali anche in merito agli argomenti da includere nella formazione dei futuri colleghi assistenti sociali a seguito dell'evento pandemico. Sono due i contenuti principali che emergono: il lavoro in emergenza e il *digital social work*.

Per quanto riguarda il primo, la quasi totalità degli intervistati concordano sul fatto che non erano pronti, tecnicamente, a una situazione come quella accaduta. Questa “non preparazione” riguarda diverse dimensioni, e ha a che vedere con la capacità di riorganizzazione del lavoro di fronte a una catastrofe avvenuta e alla sospensione di tutta una rete di attori coordinati con cui si collabora quotidianamente.

Secondo i professionisti lo stesso concetto di intervento in “emergenza sociale” non potrà essere lo stesso prima e dopo l'epidemia covid.

[...] fino a questa pandemia, il concetto di “emergenza sociale” riguardava altro. Da una parte si trattava di seguire situazioni su casi del territorio, in cui c'era bisogno di azioni urgenti, con una equipe dedicata disponibile sempre (...) Inoltre, gruppi di colleghi che avevano una formazione mirata si sono organizzati per spostarsi su territori in cui fosse accaduto un evento straordinario (terremoto, evento naturale, ecc.); quello che dovremo pensare è, invece, come agire quando l'intero Paese rimane bloccato [...]

In questo modo, le competenze da sviluppare negli assistenti sociali riguardo l'emergenza sociale non corrisponderebbe più a una specializzazione, ma piuttosto a una formazione trasversale per tutti i professionisti del sociale in qualsiasi servizio e su qualsiasi campo, che trasversalmente dovrebbero essere in grado di gestire “la tenuta” del proprio ruolo e la tutela dei cittadini anche di fronte a un evento di emergenza nazionale. Questo significa essere attenti al “mantenimento minimo delle prestazioni, in particolare verso le persone più fragile” in un momento di crisi.

Un secondo aspetto che emerge con forza, forse non legato in modo esclusivo all'evento pandemico, riguarda a una rivisitazione della metodologia del servizio sociale a fronte dei nuovi strumenti di comunicazione a distanza da incorporare, in una misura equilibrata, tra gli strumenti del professionista di servizio sociale. Consapevoli dei limiti rispetto all'insostituibile incontro in persona con gli utenti, la realtà dimostra che possono essere di grande efficacia nello stimolare l'accessibilità dei servizi, nella costruzione di una relazione di fiducia all'interno del processo di aiuto, nel monitoraggio delle situazioni, nonché nell'intervento di gruppo e nella costruzione di un lavoro di rete.

[...] ci sto ricredendo sempre di più sulle potenzialità che zoom, WhatsApp e altro stano dando al servizio, sia nell'organizzazione che nella relazione con gli utenti. Sono loro stessi a chiederci se sarà possibile mantenere alcune delle modalità iniziate durante la pandemia quando questa sarà finita [...]

[...] all'inizio ho trovato difficoltà a usare queste cose, ma non posso negare la sua utilità. Non posso negare la fatica..., ma credo che sia davvero utile e che rimarrà come prassi nei servizi [...]

Durante questo periodo pandemico, la formazione dei tirocinanti ha significato, di fatto, uno sprono all'elaborazione di una riflessione teorica anche su questi strumenti. Le competenze degli studenti giovani hanno giovato al sostegno anche del veloce adattarsi ai nuovi strumenti di colleghe assistenti sociali di più esperienza, in una sinergia interessante di mutua collaborazione.

CONCLUSIONI

L'Italia, primo paese dopo la Cina ad essere sconvolto dagli effetti della pandemia, ha attraversato questa esperienza inedita senza avere riferimenti cui guardare che avessero similarità di caratteristiche, non solo in termini di forma di stato e di governo ma anche in termini di welfare state. Questo pone ognuno di noi, nel proprio spazio di azione, ma anche le nazioni, nel proprio spazio di governo, di fronte alla necessità - non più rinviabile - di prendere coscienza dell'interdipendenza che ci connota e di interrogarci in merito all'attuazione di politiche e al consolidamento di pratiche che diano corpo alla presa di coscienza di essere responsabili non solo per sé ma anche per gli altri, seppure in forma e dimensioni di impatto differenti. Rispetto a questo punto, come servizio sociale possiamo interrogarci sul ruolo che abbiamo o che possiamo avere nell'incidere a livello politico sulla presa di coscienza della responsabilità che ci accomuna, degli uni per gli altri, e della necessità vitale di agire in conseguenza.

Dal punto di vista dell'organizzazione dei servizi sociali, il sentimento di spiazzamento che ha pervaso l'intero sistema a livello nazionale ha avuto manifestazioni e strategie di resistenza diverse, principalmente a seconda del tipo di organizzazione, dell'età di servizio del professionista e della geografia del territorio (che in qualche caso vedeva i servizi più preparati ad affrontare emergenze di tipo collettivo). La paralisi organizzativa che ha interessato una grossa parte del sistema nazionale dei servizi sociali è stata tuttavia in ogni caso allentata dal modo in cui ciascuna organizzazione è riuscita a reinventare il proprio servizio.

Accanto a questa impreparazione organizzativa anche quella professionale, più di stampo pratico-metodologico, ha giocato un ruolo di non poca rilevanza. Questa si è manifestata in un maggior utilizzo della propria discrezionalità professionale e capacità di improvvisazione e adattamento, al netto delle indicazioni fornite dalle disposizioni normative. Tale reazione ha tuttavia accompagnato i professionisti anche a maturare la consapevolezza di avere pochi spazi per

la condivisione di riflessioni e la costruzione di buone pratiche, partendo dal livello organizzativo locale per finire al livello di sistema nazionale.

Rispetto a questo punto, la riflessione e l'impegno del servizio sociale e del suo ordine professionale italiano sono già presenti da tempo; per avere un riferimento temporale si può fare riferimento all'istituzione della legge quadro degli interventi e dei servizi sociali del 2000 (legge n.328). Anche grazie all'emergenza pandemica, il discorso relativo alla necessità di definire e applicare i livelli essenziali delle prestazioni al fine di ridurre il più possibile le disomogeneità e la frammentazione del welfare e dell'organizzazione dei servizi prende sostanza con il nuovo Piano Nazionale Sociale 2021-2023 e con la Missione 5 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza che prevede lo stanziamento di fondi dedicati alla supervisione professionale. Questi provvedimenti normativi vanno dunque incontro anche alla necessità dei professionisti di ritagliare uno spazio ed un tempo dedicati al confronto ed alla condivisione di riflessioni, pratiche ed emozioni che il lavoro genera quotidianamente. Insieme a questo, anche l'impegno del servizio sociale italiano accanto alla protezione civile si concretizza nell'esperienza dell'associazione nazionale di assistenti sociali per la protezione civile lascia intendere l'esistenza di un interesse strutturato del servizio sociale a maturare competenze teoriche e pratiche di fronteggiamento delle emergenze collettive.

L'interrogativo che sopraggiunge a questo proposito riguarda la cura, l'accompagnamento e la formazione da cui queste istanze necessitano di essere sostenute.

Rispetto alla relazione con i beneficiari dei servizi, al cui benessere la costruzione e la cura di tutti questi meccanismi e strutture è destinata, l'emergenza pandemica ha posto i professionisti di fronte a dilemmi etici inerenti la protezione dell'utenza e la protezione di sé come professionisti negli ambienti dei servizi sociali. Non in tutte le organizzazioni e non rispetto a tutte le fasce di utenza è stato possibile garantire lo stesso livello di protezione mediante la fornitura dei dispositivi di protezione individuale e l'educazione alla sanificazione di sé e degli ambienti di vita. Questi elementi, insieme all'introduzione di strumenti di lavoro digitale nella relazione di aiuto, hanno condotto la riflessione dei professionisti intorno al senso e all'efficacia dei contenuti e delle forme di relazioni instaurate che fino alla pandemia erano forse più sottovalutati.

Questo tema apre a un campo di studio e di applicazione del servizio sociale essenziale da esplorare e mettere in pratica e che riguarda l'introduzione del digital social work e del suo impatto sulla costruzione e sull'efficacia delle relazioni di aiuto.

Questa ricerca, in sintesi, ha comportato lo sforzo congiunto di ricercatori e professionisti nel riflettere sul concetto di presa di coscienza e di valutare quanto poco questo sia masticato e interiorizzato in noi stessi, innanzitutto come esseri umani di questo periodo storico. Quello della coscienza è un concetto sfidante nella prospettiva di Paulo Freire (1968), che seppure tradizionalmente (e forse anche istintivamente) riporta il pensiero alla morale individuale, richiede invece un passaggio fondamentale e radicale dall'idea di sé come individuo all'idea di sé come collettivo, invitando al passaggio dal "sé" al "noi". L'evento pandemico sconfinava di fatto ciascun sé, portando con chiarezza all'evidenza l'interdipendenza che caratterizza gli esseri umani a livello mondiale, e sfida ogni confine nazionale a sconfiggere un nemico invisibile ma comune.

Alla comunanza del "nemico" si è, tuttavia, contrapposta la differenza di partenza che caratterizza i contesti dove questo si è fermato e dove gli assistenti sociali, insieme agli altri professionisti che in prima linea sono stati protagonisti nel fronteggiamento dell'emergenza, già agivano nel nome della tutela dei diritti e della garanzia della giustizia sociale.

Alcuni temi nel dibattito del servizio sociale in Italia hanno avuto modo di trovare più spazio nella riflessione e nella programmazione nazionale, come il tema del rafforzamento dell'identità professionale, quello della cura dei professionisti con attività di supervisione e quello della garanzia di livelli essenziali delle prestazioni nutrita da risorse economiche, umane e tecnologiche dedicate e delineate in progettualità e relativa previsione di valutazione del cambiamento apportato a seguito dell'implementazione delle azioni.

In questo capitolo abbiamo tentato di presentare le riflessioni dei professionisti assistenti sociali sui cambiamenti che l'emergenza pandemica ha prodotto nelle pratiche professionali e sui possibili apprendimenti da conservare e usare per costruire il futuro del social work in Italia, relativamente alle pratiche e alla formazione.

Due sono, in conclusione, le questioni emerse che contribuiscono alla presa di coscienza da parte dei professionisti della essenzialità ed importanza della professione per la società: 1) la necessaria conoscenza da parte dei professionisti delle componenti e delle modalità di funzionamento dell'organizzazione del servizio sociale - sia rispetto al sistema in cui opera direttamente, sia rispetto al sistema territoriale locale, regionale, nazionale e mondiale - e la concreta possibilità di mettersi in rete ed agire insieme, praticando in qualche modo la coscienza maturata dell'essere "organismo" oltre che organizzazione; 2) la necessità di essere "nella" società in cui opera, imparando di volta in volta a comunicare con tutti gli strumenti necessari per comprendere in maniera sempre più approfondita e attuale i bisogni cui rispondere; da qui l'uso del digitale emerso in maniera così dirompente e, in qualche caso, prepotente nelle abitudini dei professionisti.

Il nodo più antico e affascinante cui la riflessione fatta durante e grazie a questa ricerca ci riporta riguarda la consapevolezza che servizio sociale è scienza e arte e che i professionisti hanno il diritto ed il dovere di attrezzarsi per esprimersi e farsi riconoscere come scienza senza dimenticare di alimentare la dimensione artistica e creativa che la caratterizza, senza la quale non riuscirebbe a lavorare con i livelli di incertezza e di immaterialità con cui ha a che fare quotidianamente.

BIBLIOGRAFIA

Bazeley, P. (2009). *Analysing Qualitative Data: More Than Identifying Themes*. Malaysian Journal of Qualitative Research, 6-22.

Bonomi, F. (2004) Voce "Coscienza" in Vocabolario etimologico della lingua italiana, in www.etimo.it

CENSIS (2021), 55° rapporto sulla situazione sociale del paese 2021, Franco Angeli.

Cerro, A; Ferrante, L.; Laganà, N e Ripa, C. (2020) *Servizi per l'implementazione delle misure di contrasto alla povertà* in "Il servizio sociale nell'emergenza covid-19" a cura di Sanfelici, M., Gui, L e Mordegli, S., Franco Angeli.

Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory*. UK: SAGE.

Desai, A. S. (2006), *Disaster and Social Work Responses*, in L. Dominelli, *Revitalising Communities in a Globalising World*, Ashgate, Aldershot.

Dominelli L. (2013), *Disaster Interventions and Humanitarian Aid Guidelines, Toolkits and manual*, School of Applied Social Sciences, Duhram University.

- Durkheim, E. (1893). *La divisione del lavoro sociale* (2016 ed.). Milano: Il Saggiatore.
- England H. (1986), *Social Work as Art: Making Sense for Good Practice*, Gower, Aldershot.
- Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis; A Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development. *International Journal of Qualitative Methods*, 80-92.
- Ferrarotti, F. (2003). *On the Science of Uncertainty. The Biographical Method in Social Research*. Oxford: Lexington Books.
- Freire, P. (1968). *Pedagogia do oprimido*, Sau Paul: Paz&Terra.
- Garfin D.R., Silver R.C., Holman E.A. (2020), “The Novel Coronavirus (COVID- 2019) Outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure”, *Health Psychology*, 39, 5: 355-357.
- Gazzi, G. (2020). Una comunità professionale e l'emergenza, in “Il servizio sociale nell'emergenza covid-19” a cura di Sanfelici, M., Gui, L e Mordeglia, S., Franco Angeli.
- Gui L. (2016), *Funzioni e prospettive del servizio sociale nelle calamità. Primi esiti di una ricerca*, Calbucci R. et al., a cura di, Servizio sociale e calamità naturali. Interventi di servizio sociale, EISS, Roma.
- Gui L. (2018), *Altervisione. Un metodo di costruzione condivisa del sapere professionale nel servizio sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Gui, L. (2020), *Spiazzamento e apprendimento dall'esperienza in tempo di COVID*, in “Il servizio sociale nell'emergenza covid-19” a cura di Sanfelici, M., Gui, L e Mordeglia, S., Franco Angeli.
- ISTAT (2021), *Impatto dell'epidemia covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente anno 2020*.
- Marx, K. (1844). (Edizione commentata a cura di Andolfi, F. e Sgrò, G.) *Manoscritti economico-filosofici del 1844* (2018 ed.). Napoli-Salerno: Orthotes Editrice.
- Marx, K. (1867). (A cura di Macchiario, A. e Maffi, B.) *Il Capitale* (2013 ed.). Torino: UTET.
- Mauss, M. (1924), *Essai sur le don, Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, *Année Sociologique*, seconde série, 1923-1924, tome I.
- Mead, G. H. (1966), *Mente, sé e società*. (2018 ed.). Seggiano di Pioltello: Giunti.
- Mordeglia, S. (2020), *Introduzione*, in “Il servizio sociale nell'emergenza covid-19” a cura di Sanfelici, M., Gui, L e Mordeglia, S., Franco Angeli.
- Payne M. (1997), *Modern Social Work Theory*, Mac Millan.
- Sanfelici, M. (2020), “La gestione dell'emergenza nei servizi per le persone anziane” in “Il servizio sociale nell'emergenza covid-19” a cura di Sanfelici, M., Gui, L e Mordeglia, S., Franco Angeli.

ESPAÑA

La atención a las personas por encima de todo Toma de conciencia y compromiso ético de las trabajadoras sociales españolas durante el primer año de la pandemia de COVID-19

*Belén Parra Ramajo y Josefa Fernández Barrera*²⁴⁵
*Arantxa Rodríguez Berrio y Emma Sobremonte Mendicuti*²⁴⁶
*Miguel-Ángel Mateo-Pérez y María-Asunción Martínez-Román*²⁴⁷

INTRODUCCIÓN

La declaración de pandemia global de COVID-19 por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en marzo de 2020 y los primeros datos sobre la peligrosidad del virus Sars-CoV-2 en cuanto a su rápida transmisibilidad y letalidad en otros territorios diferentes a Wuhan- China, aceleraron en la Unión Europea las medidas públicas de confinamiento de la población y de suspensión temporal de muchas actividades económicas y sociales consideradas no esenciales.

Lo que iba a suceder con posterioridad, la emergencia sanitaria, social y humanitaria, está siendo descrito y explicado todavía. Son muchos los ángulos y las narrativas desde las que se puede construir el relato de lo sucedido. No es sencillo conjugarlos todos: la prácticamente ausencia de información sistematizada en algunos casos y, en otros, la discusión sobre la validez de los datos estadísticos oficiales, hacen complicada una interpretación coral de la realidad social que necesitamos para aprender de la experiencia vivida.

Entre finales de enero y mayo de 2020, el número de personas fallecidas en España por COVID-19, según el Instituto Nacional de Estadística (INE) sobrepasaba las 45.000. El dato no está exento de polémica, pues el Ministerio de Sanidad ofrece una cifra inferior en 15.000 personas. Quizá la cifra real será muy superior a las dos anteriores, pero carecemos de instrumentos para poder comprobarlo. La primera ola de la pandemia tuvo un impacto enorme en la población mayor de 70 años, llegando a tener una letalidad del 62% en las personas mayores de 80 años contagiadas (INE,2020). Según el Banco de España (BdE), el Producto Interno Bruto se contrajo un 10,8% como promedio en 2020 y los/as trabajadores/as más vulnerables (asalariados temporales, jóvenes y empleados/as con bajo nivel de formación) vieron como desaparecieron sus empleos (BdE,2020). No habría que esperar demasiado tiempo para advertir un incremento considerable de la desigualdad y del riesgo de pobreza y exclusión social, generando una mayor demanda de servicios y de protección social por parte de la población.

Como no podía ser menos, la sacudida inicial afectó de manera significativa a los sistemas de protección social: el cierre de los centros educativos de todos los niveles, la saturación de los sistemas sanitarios (servicios de atención primaria y hospitalarios), la paralización de la Administración de Justicia, el cierre y confinamiento de las personas mayores residentes en

²⁴⁵ Universitat de Barcelona

²⁴⁶ Universidad de Deusto

²⁴⁷ Universitat d'Alacant

instituciones, la suspensión de facto de los programas sociales y de la atención a las personas y familias más vulnerables, tanto en los Servicios Sociales públicos como en entidades del tercer sector, son algunos ejemplos. La consecuencia, una enorme demanda insatisfecha.

Al frente o formando parte de equipos de trabajo en muchos de esos sistemas de protección social encontramos a trabajadoras y trabajadores sociales. A ellas nos hemos aproximado, conscientes de lo sufrido, entregado y aprendido por su parte en los primeros meses de la pandemia. Nos hemos acercado con la sensibilidad que requiere el reconocer su vivencia como un hecho traumático a muchos niveles, incluido el personal. Y su voz, reflexión y experiencia es lo que se ha tomado como punto de partida para elaborar este texto que explora, en primer lugar y más detalladamente, el contexto de la pandemia de COVID-19 en España, el marco teórico de partida sobre el proceso de toma de conciencia que conduce a la acción reflexiva y comprometida en la situación de emergencia social derivada de la pandemia y, finalmente, cuál es el discurso y cómo se construye la toma de conciencia por parte de las trabajadoras sociales entrevistadas.

Finalmente, las autoras queremos agradecer a las compañeras entrevistadas su disponibilidad y su actitud comprometida con la investigación, siendo un ejemplo más de la dedicación y del compromiso ético que demuestran a diario.

La pandemia de COVID-19 en España: contexto y consecuencias

El contexto de la pandemia: la organización del Estado Español y de los sistemas de protección social

Para facilitar la comprensión de lo ocurrido durante la pandemia COVID-19 en España y las acciones institucionales y profesionales desarrolladas durante la misma es preciso conocer que España se constituye en Estado Social y Democrático de Derecho con la Constitución Española de 1978 actualmente vigente. Asimismo, dispone de un modelo de Estado de Bienestar afín al de sus países vecinos europeos, lo que implica que el Estado cubre los derechos sociales de toda la ciudadanía garantizando, entre otros, el acceso universal a la sanidad, la educación y a los servicios sociales. Por otra parte, España tiene una organización territorial y política compleja, cuyo conocimiento es clave para comprender la profesión y la formación en Trabajo Social debido a la descentralización del estado español. Existen tres niveles de Gobierno:

Nivel Estatal. Gobierno central: presidente del Gobierno de España y 22 Ministerios.

Nivel Regional. Amplia descentralización de competencias. Hay 17 Comunidades Autónomas (CC. AA) cada una de ellas con gobierno propio: presidente de la Comunidad Autónoma y sus Consejerías (equivalentes a Ministerios). En la práctica, hay grandes diferencias territoriales.

Nivel Local. Municipios (Ayuntamientos) y Provincias (Diputaciones) y, además, hay diferentes niveles de autonomía local por razones históricas (Diputaciones Forales, Cabildos).

A esta fórmula de organización territorial y política se le ha denominado *Estado de las Autonomías* que viene a ser una fórmula intermedia entre el estado centralizado y el estado federal, siendo el resultado de la convergencia de las nacionalidades y regiones históricas españolas en el nuevo orden constitucional (1978) tras la dictadura militar (Navas y Navas, 2018).

Respecto al Sistema de Salud español hay que señalar que es de acceso universal para toda la ciudadanía y que las competencias en Sanidad están prácticamente descentralizadas a las Comunidades Autónomas. El Estado tiene competencias exclusivas únicamente en Sanidad

Exterior; Bases y coordinación general de la sanidad (normas que fijen las condiciones y requisitos mínimos, persiguiendo una igualación básica de condiciones en el funcionamiento de los servicios públicos) y Legislación sobre productos farmacéuticos. (Ley General de Sanidad, 1986).

En síntesis, hay un Sistema Nacional de Salud (con escasas competencias de ámbito estatal) y 17 Sistemas Autonómicos de Salud con competencias sanitarias en sus regiones. Hay un Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud), presidido por la ministra de Sanidad, en el que están representadas sus homólogos/os de todas las CC. AA y en el que se acuerdan algunas políticas comunes.

En marzo de 2020 el Gobierno de España estableció, mediante el Real Decreto 463/2020 del 14 de marzo de 2020, el estado de alarma en todo el territorio nacional para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. El Estado ha tenido que buscar el equilibrio entre, por una parte, imponer una política mínima común de salud pública de obligado cumplimiento en todos los territorios y, por otra, respetar la autonomía de las Comunidades Autónomas. Esto ha sido una gran dificultad en una situación tan excepcional que afecta a todo el Estado. La mayoría de las decisiones políticas sobre la pandemia se han tenido que negociar en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sin que sea fácil lograr el consenso.

Un segundo ejemplo de la complejidad del contexto de las políticas en la pandemia que afecta a la actividad de profesionales del Trabajo Social es el caso de la protección social y los servicios sociales. Los servicios sociales y las prestaciones asistenciales de emergencia social son competencia exclusiva de las CC. AA y se rigen por sus propias leyes con diversidad de reconocimiento de derechos a las personas que habitan en su territorio. La extrema dureza y el impacto económico y social de la pandemia ha generado políticas sociales públicas de carácter extraordinario por parte del Gobierno de España, denominadas “escudo social”, ejecutables en las CC. AA y a través de diferentes sistemas de protección social.

Las tres CC. AA donde se ha llevado a cabo esta investigación tienen un sistema propio de gobierno con diferentes niveles competenciales. En el caso de Cataluña sus competencias se enmarcan en el derecho a la autonomía regulado en el artículo 2 de la Constitución española que establece que las provincias limítrofes con características históricas, culturales y económicas comunes, los territorios insulares y las provincias con entidad regional histórica (es el caso de Cataluña) podrán acceder a su autogobierno y constituirse en Comunidades Autónomas. Por consiguiente, Cataluña es una de las comunidades autónomas que cuentan con un mayor autogobierno. Sus competencias se regulan por el Estatuto de autonomía que fue refrendado por toda la ciudadanía de Cataluña y posteriormente aprobado por las Cortes Españolas. El artículo 1 de dicho estatuto establece que Cataluña, como nacionalidad, ejerce su autogobierno constituida en comunidad autónoma.

En relación con las competencias de Sanidad y Servicios Sociales que pueden considerarse de especial relevancia, el Estatuto establece que corresponde a la Generalitat, institución que ejerce el autogobierno, la competencia exclusiva en materia de sanidad y salud pública, sobre la organización y el funcionamiento interno, la evaluación, la inspección y el control de centros, servicios y establecimientos sanitarios (art. 162).

Se regula también que corresponde a la Generalitat la competencia exclusiva en materia de servicios sociales que en todo caso incluye lo siguiente: la regulación y la ordenación de la actividad de Servicios sociales, las prestaciones técnicas y económicas con finalidad asistencial o complementarias a otros sistemas de previsión pública. La regulación y ordenación de las

entidades, los servicios y los establecimientos públicos y privados que presten Servicios sociales en Cataluña. La regulación y la aprobación de planes y programas específicos dirigidos a personas y colectivos en situación de pobreza o de necesidad social y la intervención y el control de los sistemas de protección social complementaria privados. Así mismo se regula que la Generalitat ostenta la competencia exclusiva en materia de voluntariado que incluye la definición de la actividad y su regulación y promoción de las actuaciones destinadas a la solidaridad y a la acción voluntaria que se ejecute a través de las Instituciones públicas o privadas (Art. 166).

La Comunidad Autónoma del País Vasco también goza de un mayor nivel de autonomía que otros territorios debido a su, Estatuto de Autonomía conocido como el “Estatuto de Gernika,” que fue aprobado en referéndum el 25 de octubre de 1979 y en el que se reconoce la nacionalidad histórica del pueblo vasco y se recupera de alguna forma el régimen político propio perdido con las leyes abolicionarias de Fueros de 1839 y 1876 que establecían el régimen institucional histórico de los territorios vascos.

La estructura competencial quedó determinada por dicho Estatuto de Autonomía (1979) y la Ley 27/1983 de Relaciones entre las Instituciones comunes de la Comunidad Autónoma y los órganos forales de sus Territorios Históricos conocida como “Ley de Territorios Históricos” (LTH). Así pues, conforme a lo dispuesto por la Constitución Española y el Estatuto de Autonomía Vasco, la CC. AA del País Vasco tiene tres niveles de gobierno: Gobierno Vasco, Diputaciones Forales y Municipios. Las políticas sanitarias son competencia exclusiva y se encuentran gestionadas por el Gobierno Vasco y, por lo tanto, de manera unitaria para toda la Comunidad Autónoma Vasca. Sin embargo, esto no sucede así en el ámbito de los Servicios Sociales, donde la competencia de planificación reside en el Gobierno Vasco, pero, la de ejecución, gestión y provisión de servicios sociales corresponde a las Diputaciones Forales de cada territorio histórico: Araba, Bizkaia y Gipuzkoa y a los Ayuntamientos. Por tanto, en el País Vasco la Ley de Servicios Sociales establece las bases comunes para toda la Comunidad Autónoma garantizando el acceso a las prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales como derecho universal y subjetivo. Las Diputaciones Forales tienen la potestad reglamentaria en la organización de sus propios servicios y las competencias de planificación, provisión y concertación de servicios de atención secundaria o especializada en su ámbito territorial. Pero son los ayuntamientos los que tienen las competencias en los servicios sociales de Atención Primaria.

En el caso de la Comunidad Valenciana el Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana, promulgado por Ley Orgánica 5/1982, de primero de julio es la norma institucional básica de la Comunidad Valenciana, que garantiza la recuperación del autogobierno del Pueblo Valenciano y sus instituciones, ejerciendo las competencias asumidas dentro del marco constitucional, en su condición de nacionalidad histórica, recuperando los Fueros del Reino de Valencia que sean aplicables en plena armonía con la Constitución.

El territorio de la Comunidad Valenciana comprende el de los municipios integrados en las provincias de Alicante, Castellón y Valencia. El conjunto de las instituciones de autogobierno de la Comunidad Valenciana constituye la Generalitat Valenciana. En materia de derechos sociales, de acuerdo con la última actualización del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana (Art. 10, 1): la Generalitat defenderá y promoverá los derechos sociales de los valencianos que representan un ámbito inseparable del respeto de los valores y derechos universales de las personas y que constituyen uno de los fundamentos cívicos del progreso económico, cultural y tecnológico de la Comunidad Valenciana. En todo caso, la actuación de la Generalitat se centrará primordialmente en los siguientes ámbitos: defensa integral de la familia; los derechos de las

situaciones de unión legalizadas; protección específica y tutela social del menor; la no discriminación y derechos de las personas con discapacidad y sus familias a la igualdad de oportunidades, a la integración y a la accesibilidad universal en cualquier ámbito de la vida pública, social, educativa o económica; la articulación de políticas que garanticen la participación de la juventud en el desarrollo político, social, económico y cultural; participación y protección de las personas mayores y de los dependientes; asistencia social a las personas que sufran marginación, pobreza o exclusión y discriminación social; igualdad de derechos de hombres y mujeres en todos los ámbitos, en particular en materia de empleo y trabajo; protección social contra la violencia, especialmente de la violencia de género y actos terroristas; derechos y atención social de las personas inmigrantes con residencia en la Comunidad Valenciana. Cabe destacar la competencia exclusiva de la Generalitat en la organización, administración y gestión de todas las instituciones sanitarias públicas dentro del territorio de la Comunidad Valenciana (Art. 54. 1).

Con relación a la Administración Local, las entidades locales comprendidas en el territorio de la Comunidad Valenciana, Municipios (Ayuntamientos) y Provincias (Diputaciones), administran con autonomía los asuntos propios, de acuerdo con la Constitución Española y el Estatuto de la Comunidad Valenciana (Art. 63. 1)

En tercer lugar, la descentralización también tiene consecuencias en la diversidad de la educación en Trabajo Social. El Estado ejerce un control estatal del diseño de los estudios de Trabajo Social previamente diseñados y avalados por las CC. AA, a propuesta de sus universidades. También hay un control estatal periódico de evaluación de la calidad de resultados de la formación universitaria (Grado, Máster y Doctorado) con criterios comunes de calidad que, en caso de no ser superada, puede conllevar la pérdida de oferta de formación por una universidad. Esto es aplicable a la educación de Grado (Licenciado), Máster y Doctorado en Trabajo Social. En las CC. AA, las universidades tienen autonomía, pero limitada por depender de la financiación, aprobación y evaluación de sus gobiernos regionales. Para compensar esta situación, se generó una alianza entre las universidades que imparten Trabajo Social y el Consejo General del Trabajo Social que ha permitido establecer unos mínimos básicos comunes en todo el Estado. Pero, por ejemplo, la formación de trabajadores/as sociales en emergencias tiene desigual protagonismo en las universidades.

La estructura territorial compleja del Estado español y los diferentes niveles de la administración pública hacen especialmente complicada la gestión de los sistemas de protección social en el marco de los gobiernos multinivel. Tanto las políticas públicas previas al COVID-19 (salud, servicios sociales, vivienda, economía, educación, protección social, y otras) como la política de gestión de la pandemia, son diversas en cada uno de esos territorios y, en consecuencia, las/os trabajadoras sociales están gestionando la crisis pandémica en marcos diferentes.

Los datos de la pandemia

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara la pandemia global de COVID-19. Previamente, a finales de enero de ese mismo año, ya había lanzado la alerta internacional al conocerse los primeros casos en Wuhan, China y, con posterioridad, el 23 de febrero, el Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional de la OMS acerca del brote de nuevo coronavirus emite una declaración en la que dejó muy claro que la humanidad se enfrentaba a un nuevo patógeno altamente contagioso y capaz de causar un enorme impacto económico, social y sanitario. En esa misma declaración se señala “es posible que se registren más

casos exportados en cualquier país. Por tanto, todos los países deben estar preparados para adoptar medidas de confinamiento” (OMS, 2020)

En España, hay constancia de contagios (que se notificarían con posterioridad) y circulación del virus desde, al menos, principios de febrero, pero no será hasta el 1 de marzo de 2020 cuando se confirme oficialmente el primer brote. La evidencia de casos ocultos no detectados se asocia a la lentitud de los servicios de vigilancia epidemiológica y la construcción de un discurso desde las autoridades sanitarias basado en el “riesgo leve” y a la “no evidencia de transmisión comunitaria”. Diez días más tarde se reconoce la transmisión comunitaria y zonas de alta transmisión en España (Madrid y Comunidad Autónoma de Euskadi).

Tras la declaración de la pandemia global, el Gobierno de España no tiene más remedio que declarar la emergencia sanitaria y establecer el primer estado de alarma (14 de marzo de 2020) por el que se decreta la restricción de la circulación de los ciudadanos, la garantía en el suministro de alimentos y productos necesarios para la salud pública, la regulación de la apertura de la hostelería, la restauración y los locales donde se realizaran actividades culturales, artísticas, deportivas y similares, la priorización del trabajo a distancia y la suspensión de la actividad escolar presencial. El ministro de Sanidad tuvo bajo sus órdenes directas a las autoridades civiles de las Administraciones Públicas de todo el país, en particular las sanitarias (Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo). El primer estado de alarma duró hasta junio de 2020, prorrogándose hasta en dos ocasiones más, con medidas diferentes, decayendo definitivamente el 9 de mayo de 2021. Con posterioridad el 14 de julio de 2021, el Tribunal Constitucional declaró la inconstitucionalidad parcial del Real Decreto 463/2020 al considerar que el estado de alarma no es la figura legal adecuada dentro del ordenamiento constitucional para la suspensión de derechos fundamentales.

Con todo, es cierto que las medidas redujeron la propagación del virus y evitaron más contagios y más muertes, pero no pudieron frenar las consecuencias de la transmisión comunitaria previa: el colapso hospitalario y la mortalidad asociada al COVID-19. Entre enero y mayo de 2020, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), se estima que casi 50.000 personas murieron por COVID-19 (entre casos confirmados y sospechosos) (INE,2020). La mayoría murieron en centros hospitalarios (63%), pero no conviene olvidar que 14.000 personas (el 30% de las personas fallecidas) murieron en residencias de personas ancianas, sin que fuesen trasladadas a centros hospitalarios (Amnistía Internacional, 2020: p. 14) En los primeros meses de pandemia, las Comunidades Autónomas con más personas fallecidas, en términos absolutos, fueron Madrid, Cataluña y Castilla la Mancha.

La evolución de la pandemia en España ha estado claramente ligada al confinamiento inicial, la reapertura de la actividad económica posterior y el proceso de vacunación. Hasta el momento, se han sucedido seis olas de contagios masivos, coincidiendo con periodos estacionales en los que las relaciones sociales son más frecuentes (vacaciones, festivos) incrementando la transmisibilidad del virus. En la Tabla 1 se presentan los indicadores y datos más significativos de la pandemia en España y en las Comunidades Autónomas de Cataluña, Euskadi y Comunidad Valenciana.

Tabla 1. Principales indicadores de la pandemia COVID-19 en España y Comunidades Autónomas seleccionadas. Febrero 2022

	IA 14 días ²⁴⁸	Casos totales	Personas fallecidas	Población vacunada ²⁴⁹
Cataluña	2.127,35	2. 189.244	16.801	78,5%
Comunidad Autónoma del País Vasco	1.700,41	636.429	5.824	82,6%
Comunidad Valenciana	2.041,44	1.235.278	8.794	81,1%
ESPAÑA	1.461,71	10.604.200	95.995	81%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad: <https://cneccovid.isciii.es/COVID-19/>

De la sorpresa a la acción: la toma de conciencia de las trabajadoras sociales ante el impacto del COVID-19 en España

Estado de la cuestión

En el marco de la investigación internacional “Teoría y práctica del Trabajo Social en tiempo de Pandemia”, se acuerda utilizar el término “toma de conciencia” para iniciar el debate conceptual para la elaboración de un marco teórico sobre el que se realizará posteriormente el análisis del material fruto del trabajo de campo. Por lo que se ha realizado una revisión bibliográfica y documental, en el ámbito del Estado Español, sobre el concepto “toma de conciencia” desde la responsabilidad individual de los/las trabajadores/as sociales en situaciones de emergencia/desastre. Como resultado de no encontrar referencias al concepto “toma de conciencia” en el contexto español, se amplió la revisión al concepto “toma de conciencia situacional” con un enfoque multidisciplinar internacional, incluyendo las orientaciones sobre gestión de riesgos de desastres de Organismos Internacionales como Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud. De esta búsqueda se desprende que el concepto “toma de conciencia” aplicado a la responsabilidad individual de trabajadores/as sociales en situaciones de emergencia o desastre, no es analizado de forma explícita en la literatura sobre Trabajo Social (TS).

Hasta el año 2020, en España, la literatura sobre TS en situaciones de emergencia ha sido escasa y se ha centrado, mayoritariamente, en la actuación profesional directa tanto en intervención psicosocial y comunitaria como en la gestión de la emergencia. Su desarrollo se debe a experiencias en emergencias sociales que han ocurrido en España causadas por inundaciones, terremotos, accidente aéreo o actos terroristas (Arricivita, 2006, 2013; Arricivita y Pérez Sales, 2005; Caravaca, 2016; Coloma, 2009; Camús, 2016; Duque y Murguía, 2011; Ferrer Álvarez,

²⁴⁸ IA 14 días: Incidencia acumulada a 14 días: número de casos notificados de contagio por COVID-19 por cada 100.000 habitantes.

²⁴⁹ % de personas vacunadas con pauta completa sobre el total.

2011; García Herrero, 2006; Herrero Muguruza, 2011; Pérez Madera, 2011). Los artículos se centran en la descripción y análisis de cómo se ha intervenido en situaciones específicas sobrevenidas de forma súbita e inesperada, así como en orientaciones de formación en competencias para actuar mitigando las consecuencias de las emergencias/desastres, incidiendo en las funciones de trabajadoras/es sociales (TTSS) y los principios éticos de la profesión. Hay que destacar en relación con la capacitación en competencias específicas, las que Millán et al. (2006) consideran que son necesarias para responder a las situaciones de emergencia social, a) Habilidades personales: Equilibrio y seguridad en uno/a mismo/a, capacidad de autocontrol, resistencia a la fatiga física y psicológica y tolerancia a la frustración. b) Habilidades sociales: Flexibilidad y adaptación al entorno y a diversos ritmos de trabajo, gestión positiva de los conflictos, improvisación ante los imprevistos de carácter técnico o práctico (creatividad), capacidad de tomar decisiones en situaciones de elevado estrés, capacidad y disposición para trabajar en equipo, habilidades de comunicación interpersonal, empatía, habilidad para gestionar el silencio y capacidad para la escucha activa

En el análisis de los contenidos destacan tres ejes comunes: a) modalidades de gestión de la intervención de urgencia con recursos escasos; b) dificultades y orientaciones para la autoprotección; c) atención específica a grupos sociales vulnerables.

Por otra parte, se ha indagado en las actuaciones y publicaciones de las organizaciones que defienden la profesión del TS y los derechos de las TTSS anteriores al año 2020. Estas organizaciones son en el ámbito estatal, el Consejo General del Trabajo Social que representa al conjunto de Colegios Oficiales de TTSS de todo el Estado. En los Colegios Oficiales de TTSS se han constituido Comisiones y Grupos de trabajo de TS en emergencias y catástrofes, publicando documentos sobre intervención social de gran interés para el ejercicio profesional. Por ejemplo, las Comisiones de Emergencias y Catástrofes de los Colegios Oficiales de TTSS de Castilla-La Mancha, Cataluña, Málaga, Madrid (Gutiérrez Pascual, 2011; Martínez Vázquez y Cabrera Galisteo, 2019).

La revisión sugiere indagar sobre la toma de conciencia de la responsabilidad colectiva de TTSS en situaciones de emergencia o desastre, por ejemplo, explorando la influencia de la cultura profesional en la interpretación y percepción del desastre como grupo profesional, modos de socializar los problemas (Alexander, 2012). Durante el año 2020, la crisis de la pandemia ha impulsado la publicación internacional de artículos y documentos sobre la práctica profesional del TS ante el COVID-19. De acuerdo con las definiciones de organismos internacionales como Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud (y sus Agencias) una emergencia no es sinónimo de “desastre”, un desastre tiene un alcance más amplio, está originado por amenazas/riesgos naturales y humanos y tiene conexos amenazas y riesgos ambientales, tecnológicos y biológicos (Naciones Unidas, 2015).

La pandemia del COVID-19 es un desastre a escala mundial, por lo que hay que hablar de desastre y no de emergencia.

En el Estado Español, durante el año 2020, el Consejo General del TS ha liderado actuaciones de apoyo a la intervención de TTSS en la pandemia, tanto de posicionamiento en defensa de los derechos humanos de los grupos sociales vulnerables e incidencia política como de información, formación, diseño de protocolos, orientaciones deontológicas y éticas y apoyo a TTSS (Consejo General del Trabajo Social, 2020a, 2020b, 2020c).

Los/as TTSS son parte esencial de los equipos multidisciplinares que intervienen en situaciones de emergencia, aunque no siempre con visibilidad social. Durante la pandemia han trabajado en primera línea si bien hay diversidad de experiencias dependiendo de factores como las políticas previas a la diferente incidencia y gravedad de la pandemia en el ámbito estatal, regional o local. El Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 del Gobierno estatal, ha declarado durante la pandemia que las/los TTSS y los/las profesionales de los servicios sociales forman parte de los servicios esenciales. Sin embargo, la descentralización de las competencias estatales en las Comunidades Autónomas y de estas en el nivel local, han dado lugar a muy diferentes modos de respuesta, con cierre de muchos servicios sociales ante la expansión del virus y, en muchos casos, se ha impedido a TTSS la atención directa a las personas usuarias ordenando la atención telefónica.

A nivel internacional, organismos como Global Social Service Workforce Alliance ponen de relieve que los efectos de la pandemia COVID-19 han desafiado a los servicios sociales a brindar servicios de manera segura para niños/as, familias y comunidades diversas en una situación sin precedentes. Según Brown (2020), durante los primeros momentos de la pandemia, TTSS se esforzaron para garantizar el acceso a los servicios necesarios para las personas infectadas, ofrecieron asesoramiento a distancia y organizaron formas de superar el aislamiento de algunos grupos de población más vulnerables. Además, se hicieron cargo de proporcionar y difundir información fáctica sobre la situación de desastre mundial, desarrollaron planificaciones inclusivas de servicios y abogaron ante los distintos gobiernos por un mayor apoyo social (Brown, 2020). En el contexto pandémico, TTSS han estado expuestos/as a demandas laborales extremas y desconocidas, que los ha llevado a realizar adaptaciones de su práctica y de sus procedimientos en un período corto de tiempo (Ben-Ezra y Hamama-Raz, 2021).

Tras revisar la literatura en un contexto más abierto y multidisciplinar, no restringido al ámbito del TS, se ha encontrado literatura relevante e investigaciones sobre “toma de conciencia situacional”. Se han desarrollado modelos de toma de conciencia ante una emergencia en diversos ámbitos como la aviación comercial, el militar, la medicina, control de procesos y gestión de riesgos, entre otros. Una autora de referencia es Endsley quien definió en 1995 el concepto de “conciencia situacional”, estableciendo un modelo de tres componentes: a) percepción de los datos e información; b) comprensión tras su interpretación y evaluación; c) proyección de futuro con anticipación, simulación mental. La conciencia situacional es la capacidad que tenemos de comprender nuestro estado actual frente a un entorno específico, donde debemos tomar decisiones constantes en fracciones mínimas de tiempo. Se entiende como conciencia situacional la percepción de elementos en el entorno, dentro de una ventana espaciotemporal definida, la comprensión de su significado y la proyección de su estatus en un futuro cercano. Percibir, comprender actuar (Endsley et al.1998; Endsley, 2015).

Inicialmente, este modelo se centraba individualmente y fue evolucionando a una aplicación a equipos y organizaciones (Salmon et al., 2007) que puede tener aplicación en contextos organizacionales de TTSS.

Considerar en la toma de decisiones la influencia de equipo y las organizaciones amplía el foco de los factores que inciden en la toma de conciencia situacional y los procesos. Por ejemplo, alinearse a través de prácticas de coordinación para dirigir la acción hacia un objetivo común (Schakel & Wolbers, 2019). Además, en una situación de desastre, una organización no puede enfrentarse sin coordinarse con otras organizaciones e instituciones. Resulta compleja la coordinación de información y toma de decisiones con intereses y puntos de vista que pueden ser

divergentes. La colaboración eficaz precisa una combinación de creación de sentidos colaborativos y conciencia situacional compartida (Treurniet & Wolbers, 2020). En síntesis, el modelo de Endsley sobre la toma de conciencia situacional y la posterior aplicación a equipos y organizaciones de otros autores, es aplicable a la práctica profesional y a la formación del TS con relación a la toma de conciencia situacional de emergencias/desastres desde la perspectiva de la responsabilidad personal y colectiva en TS.

Otras perspectivas sobre la toma de conciencia y comportamientos anticipatorios son las que podemos encontrar en los estudios de futuros y la sociología de la sociedad del riesgo y posiciones críticas. Dichos estudios analizan y crean imágenes de futuros y caminos posibles, probables y preferibles. Consideran que la conciencia humana del futuro está presente en el comportamiento anticipatorio diario y la previsión. Aumentar esta conciencia permitirá la toma de decisiones hacia futuros más deseables. El modelo de toma de decisiones de futuros de Ahvenharju et al. (2018) se basa en cinco dimensiones: 1) Perspectiva del tiempo, 2) Creencias de la agencia, 3) Apertura a alternativas, 4) Percepción de sistemas y 5) Preocupación por los demás. La sociología de la sociedad riesgo y posiciones crítica (Douglas, 1996; Alexander, 2012) analizan la responsabilidad social compartida; pluralidad de actores; sesgo cultural; dimensiones éticas, morales y credibilidad institucional. Mary Douglas estudia los riesgos en catástrofes naturales, centrando su enfoque en los marcos culturales en la estructura social que influyen en los procesos de percepción de los riesgos. Estudia la percepción del “riesgo” destacando que se debe codificar la información para interpretarla, teniendo en cuenta que en esa interpretación influye la cultura (sesgo cultural) y las diferentes formas de percibir esos riesgos en función de la estructura social, noción de justicia social, ética, moral y credibilidad institucional. No es una cuestión de formación homogénea ni hay que subestimar los riesgos por “inmunidad subjetiva” considerando equívocamente controlados los riesgos por ser acontecimientos no frecuentes (Douglas, 1996).

Los Organismos Internacionales están centrándose en un nuevo enfoque de gestión del riesgo de desastres que prioriza la comprensión y la concienciación: comprender, concienciar (educación/sensibilización), pluralidad de actores.

El Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030 de Naciones Unidas, cambió el enfoque anterior de “gestión de desastres” a “gestión del riesgo de desastres”, como enfoque preventivo centrado en las personas, y en sus derechos humanos. Las amenazas son múltiples y multisectoriales y las acciones de reducción de riesgos de desastres deben ser integradas, inclusivas y accesibles, de índole económica, estructural, jurídica, social, sanitaria, cultural, educativa, ambiental, tecnológica, política e institucional, con participación pluralidad de actores, (incluyendo a la población) para preparar la respuesta y la recuperación.

Conceptualización del término “toma de conciencia”

La expresión toma de conciencia se puede desarrollar según un modelo de fases. Una primera fase es interna a partir de la percepción que la persona hace sobre un hecho imprevisto y como a través del propio mecanismo de percepción y la introspección, lo asume como propio y se da cuenta de su importancia. Ser consciente de algo parte del hecho de tener algún tipo de pensamiento sobre lo que hemos concienciado. Rosenthal (1986) destaca que es importante diferenciar el estado mental de ser consciente del de adquirir conocimiento introspectivo de dicho estado. La introspección requiere que prestemos atención a nuestros estados mentales de forma consciente y deliberada. Piaget (1980) estudió la conciencia en su relación con la cognición y denominó su falta como inconsciente cognoscitivo. A su vez indica que tanto la conciencia como

el inconsciente cognoscitivo están regidos por las propiedades estructurales del pensamiento siendo sus etapas iniciales caracterizadas por la falta de conciencia, mientras que sus etapas superiores serían la toma de conciencia. Para este autor, la toma de conciencia constituye un proceso complejo que es necesario analizar para comprender la conceptualización real que lleva hacia una incorporación y asimilación efectivas (Piaget, 1976).

Organista (2005) realiza una interesante comparación sobre el concepto de toma de conciencia de Piaget y de Vygostky. Este último relaciona la toma de conciencia con el materialismo histórico-dialéctico en base al cual la conciencia implicaría el surgimiento de ideas u objetos mentales que tienen como referencia un objeto natural externo y que se caracterizan por ser más estables, en tanto que productos de las relaciones sociales, así como su objetivización a manera de representaciones mentales. A partir de aquí, se analiza la conciencia como un producto del desarrollo cognoscitivo del que se extrapolan etapas o fases en su formación, desde la inteligencia práctica hasta la formación de conceptos (Vygostky, 1989).

La segunda fase se corresponde con el proceso de la toma de conciencia y como y debido a que factores se ha producido. Piaget (1980) define el proceso de la toma de conciencia como una reconstrucción en el plano superior (consciente) de lo que ya está organizado, pero de otra manera en el plano inferior (inconsciente). La tercera fase se sitúa en la transición de la toma de conciencia a actuar en consecuencia. Chesney (2008) siguiendo el modelo de intervención de Freire presenta que el proceso normal de adquisición de conciencia de una persona, empírico, y en condiciones normales, sería que una persona, usualmente, a partir del contacto con los hechos, fenómenos o realidad objetiva que la rodea, le surgen ideas y conceptos. Esta identificación pura y directa de la esencia de una cosa le permite darse cuenta y disponerse a crear y a transformar, es decir, a actuar. No obstante, este estadio del proceso es incompleto si no se concreta mediante la acción materializada. Por ello se debe incidir y activar los procesos fundamentales para ir configurando la formación de conciencia, y de esta manera obtener objetivos parciales que conducirían, posteriormente, a lograr una verdadera concientización. Para ello debe diseñarse una estrategia para intervenir en el proceso antes descrito. La fase cuarta se produce con el compromiso específico asumido. Implica la toma de conciencia de las lagunas en las políticas sociales y la lentitud de respuesta de los poderes públicos: adopción de una toma de conciencia crítica y planteamientos para la acción tanto en el plano directo como indirecto para influir en el cambio de las políticas sociales para que se adopten medidas de urgencia para paliar los efectos de la emergencia social. Medidas de impacto para el Trabajo Social en general y para la docencia.

La aparición de la COVID-19 como pandemia a escala mundial hace necesario que las trabajadoras sociales se planteen cómo ha sido que dicha pandemia se ha producido a un nivel tan devastador. Strier & Shdaimah (2020) analizando la situación, nos recuerdan como el dominio de la economía de libre mercado creó la necesidad de minimizar al estado y que reducir el tamaño del estado fue el paso necesario para proporcionar dimensión al factor más importante del nuevo sistema: la iniciativa privada. La glorificación de la iniciativa privada requirió la reducción del estado como órgano de gobierno y regulación. En muchas áreas, el estado ha renunciado a sus funciones más primordiales convirtiéndose en una presencia distraída en beneficio de la creación de espacios no controlados para la iniciativa privada (2020, p.2). Ante esta situación plantean que la pandemia ha encontrado unos estados debilitados que adoptaban un papel secundario desbordados por las crisis económicas. Por ello, resuelven que los poderes públicos han reaccionado mal ante una situación tan crítica a escala mundial. Es frente a esta realidad que las trabajadoras sociales se han encontrado en la eclosión de esta pandemia. En este sentido podemos

relacionar la toma de conciencia crítica ante la pandemia con el concepto de concientización de Paulo Freire que consideraba que es la mirada más crítica posible de la realidad, y que la desvela para conocerla y conocer los mitos que engañan y que ayudan a mantener la realidad de la estructura dominante (1973, p. 39).

El Consejo Municipal de Bienestar Social de Barcelona (CMBSB) elaboró en el año 2020 un documento para analizar las políticas sociales a emprender frente la epidemia de la COVID-19. Este se iniciaba con una reflexión y propuestas en el que se destaca que la pandemia ha puesto de manifiesto problemas que ya conocíamos, ha hecho emerger claramente aquellos grupos, personas y situaciones víctimas de las desigualdades, la violencia y la exclusión estructural, que podían quedar escondidos, y ha creado nuevas dificultades; tanto la pandemia como la posterior crisis socioeconómica están poniendo de manifiesto aún más las desigualdades (ABCMBBS, 2020, p.5).

Las emergencias y catástrofes sociales ponen también en evidencia las injusticias sociales y la confrontación frente a un conflicto llamado de recursos escasos (Redorta, 2004) en que ante una pandemia que requiere múltiples hospitalizaciones y provoca saturación de los recursos sanitarios, se pone en la balanza quienes tienen más derecho a acceder a los servicios sanitarios más sofisticados.

En España, para protocolarizar cómo actuar en estas situaciones, se elaboraron múltiples documentos, a destacar el que publicó el 24 de marzo el servicio de emergencias médicas de Cataluña (SEM) donde se señalaba la limitación de según que recursos a aquellos/as ciudadanos/as mayores de 80 años y también se citaba aquellos que estaban entre los 75 y los 80 años con menos restricciones, pero diferenciándolos del resto de población menor de 75. A nivel estatal, la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) elaboró un documento de recomendaciones para la toma de decisiones éticas ante estas situaciones, evidenciando que la aplicación de un criterio de racionamiento es justificable cuando se han empleado ya todos los esfuerzos de planificación y de asignación de recursos. El deber de planificación sanitaria debe contemplar aumentar la disponibilidad de los recursos y evaluar la posibilidad de transferencia a otros centros con capacidad para atender la nueva demanda. Estas situaciones confrontan a TTSS, si toman conciencia de ello, ante grandes dilemas y contradicciones relacionados con el acceso a los servicios y a los parámetros de justicia, equidad e igualdad.

Durante la quinta fase se pueden identificar los aprendizajes obtenidos a partir de una toma de conciencia real y crítica en casos de emergencias sociales. Propuestas a partir de estos aprendizajes para una buena gestión de las situaciones de emergencias sociales por parte de las trabajadoras sociales tanto en el plano directo como para la docencia. La toma de conciencia en situaciones de emergencia social es posible que se dé de manera automática cuando las trabajadoras sociales tienen introyectados ya sus modelos de referencia en el trabajo y su implicación y compromiso para el cambio social. No obstante, para poder precisamente “tomar conciencia” de los aprendizajes obtenidos es preciso un proceso de reflexión (D’Cruz, et al, 2007; Mc.Guire & Lay, 2020; Wilson, 2013) de los procesos y las actuaciones realizadas y evaluarlas. Es a partir de la reflexión y análisis de las propias actuaciones en situaciones de emergencias que TTSS pueden hacer propuestas para la mejora de sus actuaciones. ¿De qué otra forma se pueden cambiar las prácticas habituales en los momentos de crisis global y emergencia? La acción reflexiva que conduce a la conciencia crítica se desarrolla en primera persona mediante diálogos internos pero mediados por el contexto social y profesional. La reflexividad se refiere a la

capacidad de considerarnos a nosotros mismos en relación con nuestros contextos y a nuestros contextos en relación con nosotros mismos (Longhofer & Floersch, 2012).

Son diversas las cuestiones que es preciso destacar en modo de resumen: La catástrofe social provocada por la emergencia sanitaria ha impactado con mayor fuerza en las personas más vulnerables, los niños/as, las personas con discapacidad, personas sin hogar, personas con trabajos inestables y las personas mayores, especialmente las que viven en centros residenciales (European Social Network, 2021). En el caso de España, las consecuencias económicas y sociales de la pandemia han acelerado los procesos de exclusión social en el conjunto del territorio del Estado, si bien hay diferencias territoriales importantes en función de las políticas sociales y de los sistemas de protección social autonómicos y locales (FOESSA, 2022).

Los problemas sociales preexistentes de soledad, pobreza, hacinamiento habitacional, acceso desigual a la atención médica han salido a la superficie con más fuerza. La crisis pandémica nos obliga a repensar la forma en que organizamos nuestra sociedad y los servicios sociales y sanitarios (Devlieghere & Roose, 2021). Es necesario, entonces, siguiendo a Golightley & Holloway (2020), que el Trabajo Social tome conciencia y reflexione críticamente sobre los cambios que ha incorporado en la intervención a causa de los procedimientos seguidos en la pandemia como la disminución de las visitas domiciliarias, la prohibición del contacto tranquilizador a personas angustiadas, las reuniones en línea que remplazan foros de tomas de decisiones multiprofesionales más inclusivas y que desafían a los métodos de intervención hasta ahora preferentemente utilizados por las trabajadoras sociales.

La construcción del discurso sobre la toma de conciencia ante la pandemia COVID-19 de las trabajadoras sociales en España. Estudios de caso.

Nota metodológica

El diseño de la investigación empírica parte de los objetivos establecidos en el proyecto internacional “Theory and Practice of Social Work in the World in Pandemic Times” (International Association of Schools of Social Work, IASSW-AIETS 2020), coordinado por la Dra. Alexandra Mustafá (Universidade Federal de Pernambuco, Brazil). La descripción del proceso de toma de conciencia frente al COVID-19 de las TTSS en España, comparte los aspectos metodológicos acordados por el equipo internacional de investigadoras: enfoque cualitativo, producción de datos a través de entrevista focalizada y generalización analítica en el contexto de los estudios de caso.

Dada la heterogeneidad de los sistemas sociales y su articulación sobre el territorio del Estado Español, explicada en puntos anteriores, se ha optado por tomar tres realidades concretas como son Alicante (Comunidad Valenciana), Barcelona (Cataluña) y Bilbao (Comunidad Autónoma del País Vasco) y desarrollar empíricamente el modelo teórico de toma de conciencia descrito en el punto 3.2. Para ello se ha seleccionado a trabajadoras sociales en diferentes ámbitos, organizaciones y administraciones públicas, que antes, durante y después del inicio de la pandemia de COVID-19 en España estaban ocupando sus puestos de trabajo y desarrollando sus funciones profesionales. Las entrevistadas fueron seleccionadas de manera que se pudiera contar con profesionales trabajando en el ámbito público (servicios sociales públicos generales y especializados) y entidades del tercer sector de acción social, además de desarrollar su labor profesional en áreas diversas: servicios sociales de atención primaria, servicios de emergencia social, servicios de atención a personas con discapacidad, servicios de atención a personas

mayores, vivienda, salud mental, albergues municipales, centros de salud de atención primaria y centros hospitalarios.

En el Cuadro 1 se muestra la información sobre el perfil de las trabajadoras sociales seleccionadas por Comunidad Autónoma, así como los datos técnicos necesarios para el análisis de la validez cualitativa de los resultados.

Cuadro 1. Perfil e información técnica de las trabajadoras sociales seleccionadas²⁵⁰

	Cataluña	Comunidad Valenciana	Comunidad Autónoma del País Vasco
Perfil y áreas de intervención	(EC-1): Servicios de emergencias sociales municipales (públicos) (EC-2): Servicios para personas con discapacidad (públicos) (EC-3): Hospital público de tercer nivel (EC-4): Organización sin ánimo de lucro: atención a personas mayores y con discapacidades (EC-5): Cáritas (organización sin ánimo de lucro). Atención primaria (EC-6): Organización sin ánimo de lucro: Salud mental	(EA-1): Centro municipal de Servicios Sociales (público) (EA-2): Cruz Roja (organización sin ánimo de lucro). Atención primaria (EA-3): Cáritas (organización sin ánimo de lucro). Atención personas sin hogar (EA-4): Centro de salud de atención primaria (público) (EA-5): Servicios de salud mental (publicos) (EA-6): Unidad de acogimiento residencial (público)	(EE-1): Servicios Sociales de atención primaria (públicos) (EE-2): Servicios de urgencias sociales (públicos) (EE-3): Albergues municipal para personas sin hogar (público) (EE-4): Cruz Roja (organización sin ánimo de lucro). Servicio de acogida. (EE-5): Residencia para personas mayores (privada) (EE-6): Centro de salud mental del Servicio Vasco de Salud (público)
Identificador de entrevista			
Registro de la información	Videoconferencia. Registro de vídeo y audio Incidencia: Una entrevista no tiene imagen, pero sí audio	Videoconferencia. Registro de vídeo y audio Sin incidencias	Entrevista cara a cara. Registro de audio. Sin incidencias
Fecha realización de entrevistas	Marzo-abril 2021	Marzo-abril 2021	Enero-marzo 2021
Número de entrevistadas	6	6	6

Fuente: elaboración propia

Las entrevistadas (todas ellas mujeres) fueron informadas sobre los objetivos y finalidad de la investigación de carácter internacional. Todas y cada una de ellas firmaron un consentimiento informado que garantiza sus derechos como entrevistadas y establece las condiciones de

²⁵⁰ Las siglas EC-1 o EA-1 o EE1. Se refieren a las entrevistadas por las diversas universidades. C significa Catalunya, A Alicante i E Euskadi. És una forma de identificar a las entrevistadas sin dar nombres.

confidencialidad. Se convino que la información obtenida sólo tendría un uso académico y científico, orientado a la finalidad de la investigación de contribuir a conocer el proceso de toma de conciencia y promover procesos reflexivos y críticos en el ámbito académico y profesional. Es importante destacar que había ya transcurrido un año desde el inicio de la pandemia cuando se realizaron las entrevistas por lo que las respuestas se pudieron dar con una cierta distancia y conocimiento de causa.

En las páginas siguientes se organiza y se sintetiza las principales aportaciones de las trabajadoras sociales entrevistadas en cada una de las Comunidades Autónomas en las que se ha llevado a cabo la investigación. Los resultados no son extrapolables al conjunto de trabajadoras y trabajadores sociales de España (ni de las Comunidades Autónomas donde se han realizado las entrevistas) por varias razones: 1) el diseño de la investigación internacional, siguiendo una propuesta de estudio de casos múltiples y paralelos, no persigue la representatividad geográfica o territorial, sino la descripción y análisis de los discursos desde el establecimiento de unas hipótesis y dimensiones de partida; 2) la selección de los casos no es probabilística sino intencional, buscándose perfiles amplios de trabajadoras sociales en el que se pueda observar la construcción del discurso sobre la toma de conciencia a partir de las dimensiones ético-política, teórico-metodológica y técnico-operativa, estudiando los aspectos comunes, divergentes y emergentes en sus narrativas.

Cataluña

Dimensión ético-política

** Toma de conciencia*

Todas las entrevistadas manifiestan haber tomado conciencia de la pandemia con bastante anticipación porque veían lo que estaba sucediendo en otras ciudades de Europa y del mundo y que ello conllevaba la necesidad de afrontar la situación. Se dan cuenta de su gravedad unido a la experiencia personal de padecer COVID o ellas o sus familiares. Tomaron conciencia que había problemas importantes con la pandemia a mediados de febrero por las noticias que llegaban de Italia, a pesar de que en España no se daba ningún tipo de alerta y se funcionaba como si no pasara nada. EC-4 tomó cartas en el asunto a finales de febrero, creando comités de crisis en su entidad para prevenir posibles problemas implicando a los directores de cada servicio. EC-2 reconocía que costó tomar plena conciencia de la gravedad del virus porque se trataba de un virus invisible y debido a que se creía que en España no afectaría tanto, pero que cuando vio que se empezaban a parar actividades se dio cuenta que la situación se complicaba. En realidad, todas las trabajadoras sociales respondieron con mucha anticipación a la pandemia, pero también destacaron cómo les afectó a nivel personal directa o indirectamente. Señalan que la situación a medida que se iba generalizando, se tenía cada vez más miedo a enfermarse y a no poder responder a las necesidades de las personas y servicios que atendían.

Es el miedo y el vértigo, en cuanto te llaman y te dicen que va a haber una pandemia muy grave y empiezas a ver a compañeros que empiezan a caer. Muchos de nuestros compañeros enfermaron y no solo compañeros, sino también familiares. A mí me coincidió que enfermó mi marido, las compañeras iban cayendo, con lo cual de repente es el miedo... lo ves tan real, no es solo que te lo cuenten desde fuera, sino que enferman los más allegados, la gente se está muriendo en el hospital y entonces es cuando te das cuenta del vértigo y del miedo. (EC-3)

* Respuesta inicial de los servicios y de la Administración Pública

Todas las entrevistadas dicen que hubo lentitud en la respuesta y que la mayoría de ellas se dio cuenta de la gravedad de forma muy anticipada por lo que demostrarían una mayor sensibilidad. Reflexionan sobre las implicaciones socio políticas de la pandemia en el sistema de salud y cómo estos efectos se habían agravado debido a las carencias previas del sistema. Se destaca como al inicio, debido a que no se previó la importancia de la enfermedad, hubo una gran precariedad de recursos y se tenía que improvisar continuamente. EC-4 movilizó el voluntariado y otros recursos para conseguir equipos de protección para que los profesionales pudieran ir a atender a las personas minimizando el riesgo de contagiarse. La preocupación por las profesionales a las que se debía cuidar para poder cuidar fue asumida por todas las trabajadoras sociales y todas ellas fueron activas en tomar medidas. Alguna de las trabajadoras sociales se podría considerar que incluso pasó a desobedecer las órdenes que se daban desde arriba contribuyendo así a primar al ciudadano y el bienestar de las personas a atender. Anuló las visitas presenciales antes que se ordenara formalmente, pero en cambio a pesar de que Sanidad dijo que no se debía dejar entrar a los familiares de las personas enfermas de COVID-19, aunque se estuvieran muriendo, ella no lo cumplió porque tenía muy claro que las personas no tenían que morir solas. Viendo que las escuelas se habían cerrado y en cambio no recibían instrucciones, decidió llamar a los centros de día y talleres para decir que no abrieran el lunes siguiente y tampoco fueran los que se ocupaban de los servicios de alimentación y el transporte. Se contribuyó así a evitar un caos en el último momento.

...pensar que el equipo tenía que ir a los domicilios y tener en cuenta cómo tenían que ir a estos domicilios. Se les tenía que tranquilizar porque al principio no teníamos EPIS, no teníamos nada, fue un momento de mucha tensión: estábamos inventando. Al inicio la gente iba a los domicilios que no podían respirar porque les poníamos unas burbujas, se tenía que dar mucho apoyo al equipo. (EC-1)

La mayoría de las trabajadoras sociales destacan que los servicios sanitarios tuvieron un mayor reconocimiento, mientras que los servicios sociales quedaron invisibilizados e incluso culpabilizados por muchas de las situaciones que se daban. El gobierno de Catalunya ante las dificultades que se daban en las residencias de personas mayores decidió pasar la competencia de su gestión a la Consejería de Sanidad retirando las competencias a la Consejería de Bienestar Social. Este traspaso de competencias generó un mayor caos del que ya existía. Una de las entrevistadas manifestó un gran enojo por la forma como se “criminalizó” a los servicios sociales. Consideraba que no se les reconoció y que se transmitía que los Servicios sociales lo hacían todo mal y los Servicios de salud todo bien. Manifestó que se consideraba que en los hospitales las personas infectadas se morían y en las residencias las mataban. Transmitió su queja a la Administración tanto a nivel de direcciones generales como del propio ministerio. Estas diferencias se notaban en el reconocimiento a los profesionales, así una de las trabajadoras sociales decía lo siguiente:

Yo creo que las trabajadoras sociales estoy segurísima de que han dado un gran apoyo a las personas y a las familias, han tenido un gran papel y no han sido visualizadas. Comparado con los trabajadores sanitarios no se ha visto el gran trabajo que han hecho. (EC-4).

* Impacto, respuesta y compromiso personal de las trabajadoras sociales

Se dio una gran respuesta por parte de todas las entrevistadas respecto a la respuesta que debían dar ante la pandemia y la incertidumbre y dolor que estaba causando en la ciudadanía. Varias de ellas manifestaron que fueron cada día presencialmente al trabajo para dar apoyo a los profesionales que estaban a pie del cañón, pero también sabían que debían protegerse y asegurar que los demás profesionales se protegieran para no contagiarse. Muchas de ellas tuvieron que ampliar sus competencias dedicándose a la atención de servicios más allá de los servicios habituales que atendían. Cuando hacía un mes que comenzaron a actuar, todo se hizo más complejo y demandante por lo que incluso tenían que responder a situaciones urgentes durante las fiestas y fines de semana. La atención a los servicios y a la ciudadanía afectó considerablemente sus relaciones sociales y familiares.

Dimensión teórico-metodológica

* Importancia del rol del Trabajo Social.

Se consideraba muy importante que las trabajadoras sociales entiendan que son un pilar básico del sistema de bienestar y que deben estar muy próximos para comprender, entender y escuchar a la persona, valorarla y ayudarla a que sea protagonista y siga su propio camino. Se destacó que los trabajadores sociales no están para decirle a la persona qué camino debe seguir sino en todo caso orientarla ofreciéndole diversas opciones para que tome sus propias decisiones. Todo ello desde la proximidad. Así mismo se señala que las TS son el primer peldaño de atención a la ciudadanía y que la gente las necesita en una situación como la pandemia y que si no la profesión no tiene sentido. Son profesionales de atención a las personas y su objetivo ha de ser estar a su lado. Una de las entrevistadas reconocía que las profesionales pueden pasar por una crisis y que en este caso también se les ha de proteger y valorar si puede continuar con su trabajo o no y esto también debe permitirse.

Se evidenció también la capacidad de adaptación y poder trabajar y ofrecer ayuda en momentos en los que lo que predomina es la incertidumbre y la urgencia. Junto a la capacidad de adaptación se resaltó la cualidad de la flexibilidad, propia del Trabajo Social, que permitió que se visibilizara la función de acompañamiento psicosocial a las personas y las familias.

Las trabajadoras sociales entrevistadas coincidieron en señalar la necesaria reflexión colegiada sobre las consecuencias sociales de la pandemia y sobre la garantía de los derechos de las personas en el caso de que en un futuro se volviera a pasar por una situación similar.

Lo primero es pararse a pensar y eso no lo hemos hecho ante la urgencia y la necesidad de dar respuestas inmediatas. Para la salud mental de los trabajadores sociales tendríamos que pararnos a reflexionar, identificar qué necesidades nos hemos encontrado, ¿qué ha aumentado? Las personas solas, la pobreza, la brecha digital, todos estos temas sentarnos a pensarlos. Otra cuestión es la formación sobre derechos humanos ¿qué derechos tenemos que garantizar? Y que podemos hacer para garantizarlos. (EC-3)

Ante la valoración de cómo actuaron las trabajadoras sociales en la pandemia, una de las entrevistadas decía que se había encontrado con TS de muchos servicios que iban con mucho miedo y otros no. Consideraba que es un tema de actitud y personal pero que también es necesario que estén acompañados y liderados. Pensaba que no se puede dejar a un equipo de profesionales abandonados en un servicio de la mano de dios donde cada uno ve las cosas de una forma diferente

y que entonces es un caos. Se propone que ante la pandemia se deben estructurar muy bien las acciones, sacar indicadores. Informaba que ella tuvo que crear registros en las residencias que no existían.

Se opina que las trabajadoras sociales tienen una visión amplia y que están especialmente preparadas dentro de los servicios sociales y una capacidad para trabajar juntamente con los servicios de salud que a veces es muy difícil. Se constata que los servicios de salud también iban muy a ciegas.

* Impacto en la formación en Trabajo Social

Se resalta que es importante trabajar el impacto de la pandemia y sus consecuencias para el Trabajo Social en las universidades y utilizar la supervisión entre una de las metodologías indispensables, y que también se deberían recuperar temas de ética y realizar grupos de reflexión y debate compartiéndolo con profesionales más jóvenes e incluso de cuarto año de grado de Trabajo Social. Se plantea como problema a esta visión el hecho que ha habido una tendencia a sólo gestionar recursos y se ha perdido proximidad, se evidencia que por la COVID aún se generó más distancia especialmente en los servicios sociales básicos ya que las profesionales se protegían ellas mismas y aumentaron las distancias con la ciudadanía. En este sentido también se mostraron críticas con los servicios de atención social que primaban la atención telefónica o mediante videoconferencias. Las personas a las que se dirige la práctica profesional del TS tienen dificultades para el acceso y la vinculación a los servicios de forma on-line.

Soy crítica con la continuidad de la atención telefónica en los servicios, la gente está desesperada, llama y llama y no le responden, no encuentran la manera de conectar y no tienen ni para comer, es el desespero. Muchos profesionales se han acomodado, yo que estoy en las mesas, esta dificultad de acceso de las personas, muchos profesionales no la identifican, dicen que la gente puede acceder perfectamente. La mayoría de los profesionales piensa que este tipo de atención telefónica se puede hacer. (EC-6)

Una de las entrevistadas pone en evidencia la importancia de las competencias de liderazgo para superar las dificultades que van apareciendo, y también la utilización de sistemas de gestión de la calidad. Por otro lado, propuestas para la formación de trabajadores/as sociales en intervenciones on-line y en especialidades como la orientación sociolaboral y también sobre la gestión emocional de los equipos de trabajo.

Haría formación sobre gestión de equipos, sobre gestión emocional de equipos, yo he notado a faltar que alguien me ayudara a como transmitir yo serenidad, en que momentos transmitir urgencia, como manejar los equipos en situaciones de crisis. Como ayudar a gestionar la preocupación. Creo que se necesita formación para ayudar a los equipos en las fases emocionales por las que se pasa en una pandemia así. (EC-3)

Dimensión técnico-operativa

Varias de las entrevistadas habilitaron espacios específicos para poder dar respuesta a las necesidades que iban surgiendo para la población a la que atendían. Especialmente las necesidades de alimentación, ya que tuvieron que repartir mucha comida a los domicilios y necesitaban un espacio donde organizar toda esta distribución. Esta gestión de la alimentación se planteaba que debería valorarse si fue la correcta porque se actuó con mucha urgencia contando con las entidades y se puso mucho dinero. Se puso en marcha una renta para que las personas tuvieran sus propios ingresos y pudieran ir a la compra y fomentar el comercio de proximidad.

Se pusieron en marcha hospitales de apoyo, servicios para atender a las personas con discapacidad o trastornos mentales que quedaban desamparadas en el momento que las personas que los cuidaban ingresaban en los hospitales y/o morían. Las trabajadoras sociales asumieron la responsabilidad de poner en marcha y hacer el seguimiento de estos servicios.

Pusimos en marcha aquel centro y al cabo de quince días pusimos en marcha otro, tres dispositivos de emergencia coordinados por mí porque todos los cribajes de las personas que habían de ingresar pasaban por mí porque bajo el epígrafe: personas con discapacidad, hay muchas. (EC-2)

Una de las entrevistadas pone de relieve cómo puso manos a la obra de inmediato a tomar medidas preventivas para evitar mayores riesgos. Explica cómo creó unos informes de seguimiento diarios para cada uno de los servicios y llegaban a acuerdos de las medidas a tomar poniendo toallas con lejía en los accesos, y hablaban con los referentes políticos del territorio para que ayudaran a desinfectar el exterior y a utilizar equipos de protección integral y a comprarlos.

También pusieron en marcha espacios de participación con las personas usuarias y los profesionales. Utilizaron mucha información y comunicación con las familias realizando videos. Todos participaban en las acciones que se iban realizando.

Comunidad Autónoma del País Vasco

Dimensión ético-política

*** Toma de conciencia**

En los primeros momentos, la mayor parte de las trabajadoras sociales entrevistadas señalan que tomaron conciencia de lo que estaba ocurriendo a través de los medios de comunicación, pero no imaginaron la gravedad de la situación ni que fuera a llegar a nuestro país. Por ello, cuando el virus no estaba aún en España no sintieron miedo y estaban tranquilas porque no anticiparon lo que iba a suceder.

En aquel primer momento a través de los medios de comunicación ya se empezó a hablar de la difusión del virus, pero en China y después en Italia, pero no teníamos conciencia del peligro real: algo trivial, como una gripe. (EE-3)

No nos asustamos especialmente porque no sabíamos toda la dimensión de lo que iba a suceder” sucedía en China, no hubo gran alarma, estábamos tranquilas... Eso les pasa a los otros...no me pasa a mí... (EE-2)

Estos relatos ponen de manifiesto que en los primeros momentos hubo una escasa conciencia de la situación. Reflexionado a posteriori sobre la tardanza en percibir y comprender la gravedad de la situación, algunas de las personas entrevistadas sugieren que puede deberse en parte a nuestra visión etnocentrista del mundo, a nuestros prejuicios y estereotipos, así como al individualismo imperante en nuestra cultura.

Tardamos tanto en ser conscientes, posiblemente porque tenemos una visión, no sé...igual porque pensamos que lo que está pasando en el resto del mundo no nos afecta, ¿no?... es como que en Europa estamos por encima del bien y del mal, que a nosotros no nos va a pasar, que eso les pasa a los pobres del mundo, tardamos en reaccionar y tomar medidas porque no lo tomábamos como un ataque a nuestra propia vida. (EE-1)

Estos relatos sugieren lo inesperado de la situación, una situación para la que no habían sido formadas específicamente y no tenían experiencia, una crisis global en la que no encontraban respuestas en su bagaje profesional y personal:

Con esta pandemia ha habido muchos sentimientos, muchas emociones nunca vividas, porque cuando llegabas a casa sentías miedo, incertidumbre, miedo por ti y por todos los que tienes alrededor, y eso no te había pasado nunca, muchas veces había compañeras que tenían bebés o personas mayores en su casa y dudaban de si debían volver a casa. (EE-5)

Pero refieren que la toma de conciencia real de la gravedad y peligrosidad de la situación se produjo cuando estalló en nuestro entorno próximo la pandemia y comenzó la vertiginosa escalada de contagios y muertes en el conjunto de la ciudadanía. Tampoco hasta ese momento el Gobierno Español ni los gobiernos autonómicos tomaron conciencia real de la peligrosidad de la situación, tan solo se insistió en que se tomaran las medidas de seguridad recomendadas por la OMS, distancia, lavado de manos, utilizar protecciones específicas, etc. Fue entonces cuando el Gobierno Español tomó la decisión de decretar el estado de alarma el 14 de marzo de 2021 para todo el territorio nacional y como medida de protección general el confinamiento domiciliario de toda la población a excepción de los servicios esenciales. Fue también en ese momento cuando las compañeras de algunos servicios sociales y sanitarios se encontraron de repente, y sin previo aviso, recibiendo aluviones de llamadas solicitando información y ayuda.

Los pánicos y los miedos aparecieron cuando empezamos a oír hablar de contagios y muertes cerca de nosotros...y se produjo el confinamiento domiciliario. (EE-1)

De repente 14 horas de trabajo y sin parar de sonar el teléfono con preguntas inverosímiles y yo decía, pero ¿pero de qué hablan? ¿qué está pasando? ¿Qué puedo hacer? (EE-2)

De acuerdo a la conceptualización teórica de la toma de conciencia situacional los resultados del análisis revelan un proceso compuesto por fases claramente diferenciadas entre la toma de conciencia inicial cuando llegaron los primeros ecos de la pandemia, una segunda fase que las personas entrevistadas llama “real” y que identifican con el pánico, desconcierto e incertidumbre del estallido de contagios y muertes en su entorno personal y laboral, una tercera fase de acción acorde a la percepción e interpretación de la situación, y por último, la fase que deviene de la introspección a posteriori que les ha permitido la investigación.

Pero es que además oías como en muchas comunidades de vecinos se quería expulsar a médicos, no dejarles volver a casa y pensaba, qué está pasando, te sentías además rechazada, como apestada, trabajar en una residencia de personas mayores te marcaba. (EE-5)

* Respuesta inicial de los servicios y de la Administración Pública

Las narrativas de las trabajadoras sociales entrevistadas muestran su percepción sobre el compromiso ético y político de las instituciones y de su propio quehacer. Su discurso, como no podía ser de otra manera, no es homogéneo y revela vivencias un tanto diferentes pero complementarias ante la misma situación.

En el ámbito institucional, mientras algunas compañeras destacan positivamente la implicación de las instituciones públicas vascas frente a la pandemia, otras señalan algunas

insuficiencias durante los primeros momentos siendo conscientes del desconocimiento general sobre el comportamiento de la pandemia y la falta de medios para protegerse.

Enseguida el Gobierno Vasco, a través del Departamento de Salud empezó a mandar algunas pautas que también los ayuntamientos en el caso de mi puesto de trabajo, fue aplicando y que eran medidas de seguridad, las que hoy en día permanecen: distancia, lavarse las manos pero no había absolutamente nada más! (EE-3)

Yo creo que sí que faltó, una organización que fuese capaz de dar una directriz general a la pandemia sobre qué hacer y cómo hacer en un contexto que depende de Diputación, del Gobierno, etc., que es todo un entramado institucional y entiendo que es complicado, ¿eh? (EE-1)

Nadie nos había dado ninguna información al comienzo, no teníamos directrices claras de nuestras jefaturas /responsables, ni medios, ni nada...” solo que teletrabajáramos, tuvimos que ir improvisando sobre la marcha. (EE- 2)

Menos mal que lo hicimos porque no estuvo nadie más. Tú intentabas contactar con cualquier entidad pública y no había ningún tipo de opción porque el que te daba algún tipo de respuesta era: estoy en mi casa y tengo desviado el teléfono del trabajo a mi casa, entonces no te puedo dar respuesta, hay que esperar a que nos dejen, es que no sabemos si este año van a salir las ayudas de emergencia social, es que no tenemos ni idea de..., las respuestas eran así. (EE-4)

Otras narrativas muestran cómo la dependencia profesional de una institución, hecho bien conocido en la profesión, establece límites en la intervención condicionando la acción profesional.

En mi caso y en el caso de las trabajadoras sociales del Ayuntamiento el trabajo estaba muy condicionado por la institución, los límites te los marcaban ellos, porque decíamos ¡hay que hacer algo con las personas que se quedan encerradas en casa sobre todo personas mayores, enfermas y solas, pero se acabaron las citas presenciales, se cerraron los servicios a cal y canto porque no se habían acondicionado los servicios. (EE-2)

El proceso estuvo marcado por las directrices que se iban dando, pues eso; el confinamiento domiciliario, evitar que hubiera personas en la calle...bueno pues en realidad no tuvimos que hacer más que seguir lo que nos iban poniendo, lo que nos iban imponiendo. Y en lo que afectó a mi trabajo de personas sin hogar las respuestas institucionales fueron ágiles. (EE-3)

Éramos muchos profesionales interviniendo y el trabajo en equipo es fundamental porque lo que importa es el bienestar del residente, y hay que consensuar, negociar los distintos objetivos con los distintos profesionales, y en momentos de crisis esa labor de equipo es aún más difícil, porque vas a recibir contraargumentaciones que no te van a gustar y debes saber gestionarlo. (EE-5)

* Impacto, respuesta y compromiso personal de las trabajadoras sociales

A pesar de las dificultades y condicionamientos señalados, la pandemia ha revelado el fuerte compromiso ético de las trabajadoras sociales con la misión, valores y principios de la profesión. La mayoría han sentido que ante un acontecimiento tan grave y extraordinario tenían que estar ahí, al pie del cañón, acompañando a las personas más vulnerables, asumiendo el miedo

y riesgo de contagio con valentía, incluso aunque sus servicios les recomendaran para protegerse teletrabajar.

Era desgarrador...no teníamos medios y sin embargo teníamos un sentimiento de que teníamos que estar ahí en ese momento porque era algo extraordinario. (EE-2)

Algunas decidimos que no queríamos teletrabajar e incluso nos pusimos voluntariamente a hacer turnos de tarde para dar más cobertura, porque pensamos que ¡había que estar, trabajar muchísimo y darlo todo. (EE-2)

Dijimos que sí a la opción que se nos dio de venir al centro, ¡cómo podíamos decir que no! ...y no nos contagiamos ninguno... (EE-6)

Sin embargo, también hubo actitudes distintas respecto al grado de compromiso profesional e institucional en esos momentos. Como seres humanos que somos, algunas profesionales debido al pánico comprensible a contagiarse, cuando su institución lo permitió, optaron por teletrabajar. Asimismo, algunos servicios que pudieron escoger se posicionaron diferencialmente. Algunos decidieron que todos los profesionales teletrabajaran y otros permitieron la atención presencial.

Cuando todo el mundo estaba en su casa confinado yo estaba con mi coche y con mi gasolina, yéndome de un centro a otro acompañando a los profesionales y muchas compañeras que estaban allí teletrabajando me decían ¿y porque estás haciendo eso?, Porque lo quiero hacer. (EE-5)

Aunque el gobierno diera directrices yo he visto que las organizaciones también se posicionaron y tuvieron cierta libertad para elegir ¿no? (EE-1)

Otros servicios, como los hospitalarios, las residencias de personas mayores o las ONG como Cruz Roja, estuvieron en todo momento trabajando presencialmente con un fuerte compromiso con las víctimas de la COVID-19 y sus allegados haciendo todo lo indecible para contener emocionalmente, acompañar y proporcionar cobertura de necesidades básicas.

Entendíamos que era el momento de estar ahí donde surgiera, si era mantenerte en tu puesto y hacer las labores que venías haciendo habitualmente, bien, pero si era otra cosa era otra cosa, yo creo que somos una entidad que estamos muy acostumbrados a coordinarnos con otros y que tenemos esa capacidad entre los diferentes servicios de apoyarnos y dar respuesta. (EE-4)

Dimensión teórico-metodológica

*** Importancia del rol del Trabajo Social.**

Las acciones desarrolladas por trabajadoras sociales y servicios han sido muchas y muy variadas dependiendo del contexto institucional y de las necesidades específicas de cada colectivo durante la pandemia. Como muestran sus relatos en todos los casos las acciones y proyectos emprendidos se han dirigido a velar por los derechos de las personas y a satisfacer sus necesidades básicas físicas, emocionales, sociales y espirituales. La contención emocional, el acompañamiento psicosocial, el facilitar información, la mediación familiar e institucional y proporcionar apoyo instrumental para cobertura de necesidades básicas han sido las intervenciones más significativas desarrolladas en los diferentes servicios sociales y sanitarios durante la pandemia. Asimismo, han sido piezas clave en la detección de necesidades emergentes durante la pandemia, en el desarrollo de proyectos y acciones para dar respuesta a las mismas y en la coordinación intra e

interinstitucional. En el servicio de Urgencias Sociales elaboraron un proyecto de información-contención para responder a todas las personas que llamaban que se encontraban solas y angustiadas y que necesitaban comunicarse. Para la cobertura de necesidades básicas se organizaron programas de atención domiciliaria para llevar comida, medicinas y atención a personas que necesitaban ayuda para las actividades básicas de la vida diaria, sobre todo considerando el cierre de los Centros de Día para personas en situación de dependencia. Incluso se ofreció el servicio de paseo de mascotas, bajar basuras, etc. en coordinación con otras entidades. En el caso de las personas sin hogar se desarrolló un proyecto para ubicarlas en espacios seguros cuando se produjo el confinamiento. En todos los servicios trabajaron sin parar creando servicios nuevos en coordinación permanente entre todo tipo de entidades públicas, del tercer sector y con los grupos ciudadanos que se organizaron para prestar ayuda voluntaria. Los siguientes relatos dan cuenta de los cambios que exigió la pandemia.

Tuvimos que irnos a la calle a buscar y ubicar a las personas que estaban en calle que no tenían lugar para confinarse...y habilitar espacios para ellas, como, por ejemplo, en polideportivos, escuelas, etc. (EE-3)

Nos encontramos con menores de familias de clase media, profesionales, que de repente ingresaban los dos progenitores y sus familiares tenían miedo de recibirles en su casa porque eran positivos y como el miedo lo invadía todo, no querían ocuparse de los niños y niñas, no querían decir que eran familiares, mentían por miedo.... hubo que organizar centros residenciales para ellos y nuestra misión era ir a buscarlos al domicilio y llevarles a esa residencia. (EE-2)

Con las personas consumidoras de habituales de tóxicos tuvimos que hacer un gran esfuerzo de coordinación de profesionales entre entidades y policía para evitar el ‘mono’. (EE-2)

A las personas con trastornos mentales severos se les ha hecho un seguimiento telefónico durante todo el tiempo del confinamiento, ehh, y les llamamos todas las semanas para acompañar y sostener. (EE-6)

Con la pandemia empezamos atender muchísimos trastornos adaptativos, con un nivel de sufrimiento muy muy alto que nunca habían venido a consulta de salud mental, por muertes, o pérdidas cercanas. Nos han venido posteriormente con toneladas de culpa, nos dicen: mis padres vinieron a casa y se hicieron cargo de mi hijo y se contagiaron y fallecieron...pero nadie es culpable... (EE-6)

Hubo que organizar recursos residenciales para personas solas, dependientes y sin apoyos familiares ni vecinales... (EE-2)

Poco a poco pues se han ido incorporando rutinas en los programas que ya venían de antes y se han ido incorporando nuevas respuestas que se pueden dar desde el programa Cruz Roja Responde, aun así no estamos en el nivel de intervención que se estaba hace un año porque no es la misma realidad, y claro ahora tenemos los ERTES, tenemos un montón de cosas que son nuevas y que no sabíamos cómo gestionar, creo que el tipo de intervención sí que ha cambiado, las necesidades vuelven a ser de naturaleza más primaria. (EE-4)

Por último, muchas de las trabajadoras sociales coinciden en la preocupación que tuvieron durante la pandemia por las familias que previamente estaban en situaciones de desprotección o por las mujeres que estuvieran sufriendo violencia de género:

Me decía a mí misma, no sé qué ha podido estar pasando en esas casas...hacíamos seguimientos telefónicos, en fin...hemos hecho, lo que se ha podido. (EE-1)

* Impacto en la formación en Trabajo Social

En esta dimensión aparecen entremezclados varios aspectos que sugieren líneas de formación a futuro para poder enfrentar situaciones semejantes. En primer lugar, sus discursos revelan que, sobre todo, al inicio de la pandemia sintieron miedo al verse envueltas en una situación inédita gravísima y muy complicada sin apenas competencias profesionales específicas para afrontarla y sin protocolos institucionales ni medios ad hoc. Los protocolos llegaron después. Ello les obligó a actuar con rapidez, a improvisar sobre la marcha, a ser flexibles y creativas y a tomar decisiones en medio de una gran incertidumbre. También les ha ayudado a valorar el peso que tiene la experiencia profesional y el haber realizado previamente un trabajo personal.

Si algo he aprendido es a gestionar y aceptar la incertidumbre, hay que tener capacidad de improvisación, agilidad... (EE-1)

Yo creo para el afrontamiento de este tipo de situaciones lo más relevante es el factor personal, como no vengas con ciertas cosas trabajadas, pues tus temores, fantasmas afloran, a ver la formación y el que lleves un tiempo trabajando, conozcas el terreno, eso te da cierta holgura para trabajar, pero esa formación tiene que ir con un trabajo personal hecho. (EE-6)

La clave está en ser flexible, lo que toque afrontarlo con honestidad y hasta donde puedas y decir, mira yo llego hasta aquí, déjame que te busque una persona que te pueda dar una respuesta mejor por si es necesario o tratar de buscar soluciones sin intentar ir más allá de donde tú puedes porque tienes que ser consciente de tus limitaciones que no lo puedes hacer todo, la creatividad porque en el día a día se dan muchas situaciones, nosotros tuvimos un motín porque no había pan para todas las personas del albergue porque se habían confundido los del catering. (EE- 4)

Dimensión técnico-operativa

Las entrevistadas señalan el sobreesfuerzo que les ha exigido la pandemia y el impacto biopsicosocial que ha tenido en ellas. A pesar de ello, la mayoría valoran muy positivamente el esfuerzo realizado y también que la pandemia ha generado gran cohesión en los equipos y la oportunidad de afianzar el trabajo colaborativo y valorar el soporte que proporciona.

Sentimos agotamiento, insomnio, estrés, no podíamos conciliar. (EE-1)

En el servicio hemos estado muy unidos. (EE-6)

Yo hago una valoración muy positiva del esfuerzo profesional realizado y del trabajo en red improvisado que ha implicado coordinación, desburocratización y flexibilidad". (EE-3)

Yo creo que somos una entidad que estamos muy acostumbrados a coordinados con otros y que tenemos esa capacidad entre los diferentes servicios de apoyarnos y dar

respuesta, yo creo que desde asuntos generales hasta el departamento de inclusión, el departamento de voluntariado, todos nos volcamos en dar respuesta y no preguntamos, porque de hecho los primeros días antes de que los albergues se pusieran en marcha estuvimos haciendo kit de ropa, estuvimos haciendo kit de alimentos y ahí estábamos todos, los de asuntos generales, las trabajadoras sociales, las directoras. (EE-4)

También les ha recordado que, en medio de la burocratización de las organizaciones de servicios personales, el Trabajo Social debe de luchar por trabajar de otra manera, más humana, más cercana a las personas y más flexible. En este sentido, algunas colegas consideran que nos pasamos a una digitalización excesiva por pánico, y advierten que, si bien la digitalización ha permitido hacer un excelente Trabajo Social durante la pandemia, hay que estar alerta para evitar la tentación de sustituir indiscriminadamente la presencialidad por el teletrabajo, tanto por razones economicistas como defensivas porque somos seres sociales que necesitamos la mirada, el contacto y el calor del otro.

La pandemia me ha hecho trabajar de forma distinta, nos ha sacado todavía mucho más de los despachos y nos ha hecho estar más cercanos a las personas “Hemos aprendido cuánto las instituciones han influido en nuestra profesión en determinadas compañeras de trabajo, burocratizando su trabajo de tal forma que han provocado un reduccionismo grande en muchas trabajadoras. (EE-1)

Todas las personas usuarias agradecen la vuelta a la presencialidad, necesitamos que el otro nos arrope, hemos tenido que prescindir durante la pandemia de lo social...pero el contacto humano, claro, calma el sufrimiento. (EE- 6)

En conjunto, las narrativas de las TTSS muestran su competencia y compromiso para responder de manera ágil y creativa a situaciones tan críticas e inéditas como la que ha producido la pandemia. Independientemente de las limitaciones formativas e institucionales para afrontar situaciones de esta naturaleza, podría afirmarse que su formación teórico-práctica, su experiencia profesional y su sentido ético han sido determinantes en sus respuestas.

Comunidad Valenciana

Dimensión ético-política

*** Toma de conciencia**

Antes de ser conscientes de la gravedad de la pandemia mundial, hay un malestar y una inquietud creciente entre las profesionales entrevistadas sobre los hechos que están ocurriendo en países vecinos como Italia. La información que se ofrece a través de los medios de comunicación y el incremento de casos cercanos o conocidos de personas que enferman o que acuden a los servicios de salud de atención primaria con síntomas, hacen saltar las alarmas y las sospechas sobre el alcance y gravedad de lo que posteriormente sucedería:

Al principio lo ves lejano, intuyes... y dos semanas antes del confinamiento me empecé a preocupar y una semana antes del estado de alarma tomamos conciencia de que teníamos que adelantarnos y reinventarnos. (EA-3)

Me voy dando cuenta, de entrada, cuando los medios de comunicación te lo van diciendo...pero hasta que no empieza a rozarte, hasta que no empieza a tener consecuencias en tu vida y en tu trabajo, no empiezas a percibir la gravedad... Otro

indicador de alarma fue el cierre de los servicios de Salud y no poder acceder como usuario. (EA-1)

En ese proceso de ir tomando relativa conciencia de la gravedad de la pandemia y de las consecuencias que tendría tanto para la población como para las trabajadoras sociales y su desempeño profesional, hay un factor catalizador en el que todas las entrevistadas coinciden: será a partir de la declaración de estado de alarma por parte del Gobierno de España (14 de marzo de 2020) y lo que supuso en cuanto a la restricción de la movilidad de la ciudadanía, cese de la actividad económica salvo actividades esenciales y reorganización de servicios públicos y sistemas de protección social (educación, salud, servicios sociales, administración de justicia..), cuando las trabajadoras sociales se enfrenten a cambios muy importantes que tendrán una relevancia notable para su salud física y mental, la de sus familias y al ejercicio de su profesión: *“Esa prohibición de salir a la calle empezó a hacernos pensar que era mucho más serio de lo que pensábamos inicialmente”* (EA-5).

Enfrentarse personal y profesionalmente a una situación de pandemia de la que se deriva una situación de emergencia social es muy duro. Todas las entrevistadas califican los meses de marzo a junio de 2020 como una vivencia *“estresante”*, como meses *“muy duros”*. La incertidumbre inicial sobre qué pasaría en las siguientes semanas, unido a las situaciones de fragilidad y vulnerabilidad que relatan las entrevistadas (contagio de COVID- 19 incluido) es el marco en el que se producirá la respuesta de las trabajadoras sociales a un volumen de trabajo asistencial y a una reorganización de los servicios sin precedentes.

* Respuesta inicial de los servicios y de la Administración Pública

La situación de emergencia social derivada por la pandemia tuvo como consecuencia la redefinición de las relaciones entre entidades del tercer sector y las administraciones públicas. Fue necesaria una mayor coordinación y trabajo en red con otras profesionales, especialmente en el ámbito asistencial. Las organizaciones del tercer sector tuvieron un papel relevante como recurso, en unos casos las personas usuarias de los servicios sociales públicos fueron derivadas a ellas con financiación pública y en otros, la propia organización cubría necesidades básicas, aunque con el gran problema de tener una gran base de voluntariado social constituido por personas mayores a las que se prohibió el contacto directo, según nuestras entrevistadas. Destacan el importante rol de diversas iniciativas ciudadanas. La Universidad de Alicante, ya el 20 de marzo de 2020, organizó el Voluntariado de Emergencia Social Colectiva-COVID-19 que ha apoyado diversas iniciativas solidarias.

Las entrevistadas destacan que en este proceso hubiese sido necesaria una *“mayor coordinación y poder compartir herramientas y protocolos”* (EA-2), pues esto habría mejorado de manera significativa la atención a las personas usuarias y la intervención. De la misma manera, señalan que *“la falta de liderazgo, en general, por parte de las administraciones públicas en toda la provincia (de Alicante)”* (EA-3) fue un problema importante, tanto en sus consecuencias logísticas como en términos de legitimidad. Para otra entrevistada los servicios sociales municipales de localidades grandes desaparecieron durante la crisis inicial, aunque las trabajadoras sociales seguían trabajando no presencialmente con una gran implicación.

La sobrecarga en las entidades del tercer sector tiene una relación clara con el cierre de la atención presencial y directa en los centros sociales públicos. Con la perspectiva del tiempo, se impone la reflexión de una de las entrevistadas desde el sector público: *“No teníamos que haber cerrado los Centros Sociales”* (EA-1). Esto habría implicado una forma diferente de organización

interna del trabajo que habría condicionado de forma distinta la gestión de la crisis y la relación con las entidades y trabajadoras sociales en el tercer sector. Sin embargo, señala “*el esfuerzo, el compromiso, el sacrificio y la vocación llevado al estado sublime*” (EA-1) de las trabajadoras sociales en los servicios sociales municipales, pues ellas también tuvieron que asumir cargas de trabajo prácticamente inasumibles.

* Impacto, respuesta y compromiso personal de las trabajadoras sociales

Aunque los días y semanas siguientes al 14 de marzo de 2020 fueron muy complicados, las trabajadoras sociales entrevistadas señalan que afrontaron los hechos con inseguridades y temores, pero también con un enorme compromiso con la profesión y con las personas usuarias de los diferentes servicios. La “*atención a las personas por encima de todo*” (EA-2), “*12 horas al teléfono de lunes a domingo...*” (EA-3) y el reconocimiento del compromiso y buena respuesta de los equipos de trabajo, son ejemplos de los valores de los que las profesionales han hecho gala, y así se recoge en las entrevistas. Todas y cada una de ellas reconocen una enorme capacidad resiliente, a la vez que constatan la enorme vulnerabilidad y fragilidad de las personas (incluidas ellas, por supuesto):

En este proceso mío laboral y personal he tenido que desaprender muchas cosas para aprender otras nuevas y creo que seguiré en esta línea. En este proceso de desaprender y aprender creo que me he acercado más a las personas a las que acompañamos. Me ha abierto los ojos a qué vulnerables somos las personas ante determinadas situaciones y lo importante que es el contexto, el tener redes, qué importantes son las relaciones. (EA-5)

Dimensión teórico-metodológica

* Importancia del rol del Trabajo Social e impacto en la formación

Ser plenamente consciente de lo que está sucediendo y del impacto de la pandemia es algo que lleva tiempo. Las entrevistadas señalan marzo de 2020 como el momento en el que empiezan a valorar la gravedad de la situación y como hecho catalizador la declaración del estado de alarma por parte del Gobierno de España, con el confinamiento y cierre de la mayoría de los servicios públicos. De marzo a junio de 2020, las trabajadoras sociales sufren cambios significativos en las relaciones laborales, en la organización interna de su trabajo, en las relaciones con otras entidades y administraciones y consideran que no se ha hecho visible socialmente su trabajo. El incremento de la presión asistencial, la demanda insatisfecha, la imposibilidad de una atención directa presencial o de gestionar los servicios y las relaciones con otros profesionales o personas usuarias con la normalidad previa la pandemia, son factores importantes para comprender el sentir general de las profesionales entrevistadas.

Ha sido terrible y muy traumático. Cuando lo vives no piensas mientras trabajas. No hay tiempo. Con el tiempo lo piensas, como has afrontado las situaciones y podía haber sido mucho peor. Con el tiempo ves que hemos trabajado mucho y muy bien, con mucho compromise. (EA-6)

Esto es una gran lección de vida a nivel personal y profesional. Somos extremadamente vulnerables respecto a la enfermedad y pérdida de salud, tanto como las personas usuarias con las que trabajamos. (EA-1)

El modelo de atención tiene que cambiar rotundamente y centrarse en la persona, en sus propios contextos. Me ha dolido mucho lo sucedido en las residencias de personas

mayores y es extrapolable a otros colectivos como las personas con problemas de salud mental... otro modelo de acompañamiento, recuperar redes en las propias personas, trabajar en la comunidad, apoyarles en sus proyectos de vida... (EA-5)

En la formación de trabajadores sociales hay que introducir la gestión emocional del estrés y el miedo, el autocuidado. Creemos que sabemos, pero no. También se han retirado TTSS. (EA-3)

Se abre la posibilidad y la oportunidad, al hilo de lo escuchado a las entrevistadas; aprender de la situación de crisis y del compromiso de las trabajadoras sociales con los principios éticos de la profesión. Esto implica una posición diferente respecto al cuidado de las trabajadoras sociales dentro de las organizaciones en las que trabajan y una mayor relevancia e incidencia en dichas organizaciones.

Dimensión técnico-operativa

Desde mediados de marzo de 2020, las entrevistadas que ejercen en el marco de los servicios sociales, generales y especializados y en entidades del tercer sector señalan que se produjeron cambios significativos en la organización interna de los servicios. Muchos de estos cambios tuvieron que implementarse en cuestión de días y en condiciones materiales complicadas (faltas de EPI, escasez de mascarillas, espacios no adecuados...).

En todos los servicios hubo que implementar cambios para compatibilizar las exigencias derivadas del decreto de alarma con las necesidades de las personas usuarias, que se verían aumentadas exponencialmente. Este incremento de la demanda asistencial haría variar las tareas que tuvieron que asumir las trabajadoras sociales.

La implantación del teletrabajo, (al que muchas trabajadoras sociales renunciaron por su compromiso con su trabajo y la ciudadanía), los cambios en la gestión de casos (especialmente en el registro de los datos) y la reorganización de los equipos en “burbujas” independientes, pero con la necesidad de compartir información, son aspectos que destacan las entrevistadas. La valoración de estos cambios es unánime: hubo que adaptarse a las circunstancias y se realizó un enorme esfuerzo por parte de las organizaciones y las profesionales, a pesar de las limitaciones de unos servicios públicos sin recursos, para afrontar una emergencia social de tal calibre. Según una entrevistada, el momento en el que hay que adaptar y cambiar la organización y los servicios, es el momento más crítico y en el que se constata de una falta de planificación previa ante situaciones de emergencia:

Entonces vi el descalabro que suponía el que nos pillara en mantillas y que, de repente, no teníamos espacios de aislamiento, no teníamos material de protección, no habíamos estipulado maneras de hacer compatible el aislamiento con el derecho de las visitas y contactos de los niños, es cuando te empiezas a dar cuenta de que te ha pillado el toro. De que ha llegado un gran problema para el que no estábamos preparados. (EA-6)

Las trabajadoras sociales asumieron todo tipo de tareas derivadas de la reorganización del trabajo. En algunos casos, se incrementó tanto la presión asistencial, que algunas entrevistadas comentan que vieron cómo se desdibujaba lo que define propiamente al Trabajo Social entre tantas necesidades inmediatas que tenían que abordar y resolver.

Quizá sea en el ámbito de las trabajadoras sociales sanitarias donde más radicalmente se puede observar la magnitud y el impacto de los cambios y la reorganización de los servicios. Tal y como señala una de las entrevistadas:

Está claro que la parcela mía como trabajadora social la tenía que cubrir, llamar a toda la gente que tenía citada esa semana, calmar los ánimos telefónicamente, gestionar alimentación para personas y familias que habían perdido toda fuente de ingresos que encontraron los servicios sociales cerrados, apoyar a los que estaban solos... (...) allí todos hacíamos de todo. Hasta buscar para mis compañeros mascarillas, pantallas protectoras...El primer mes, hemos estado todos recortando bolsas de basura para los profesionales de atención directa. (EA-4)

Nos mandaron a casa y no teníamos una organización telemática. No podíamos acceder a nuestra base de datos de la historia clínica. Lo primero que hicimos fue diseñar y generar un Drive para volcar y compartir toda la información, en contacto diario el equipo por WhatsApp y reuniones periódicas. No ha habido necesidades de alimentos, pero sí de apoyar, tranquilizar, dar pautas, apoyo a las familias, coordinación con entidades sociales... (EA-5)

CONCLUSIONES

El primer relato de la pandemia de COVID-19 en España se construyó con la clara voluntad de no alarmar a la población. Los medios de comunicación y las autoridades sanitarias incidieron sobre la opinión pública con mensajes claros de cautela a la vez que se infravaloraba la posibilidad de sufrir en España un contagio masivo. Es difícil verbalizar el shock que supuso la constatación de que realmente se estaba en una situación de emergencia sanitaria grave y amenazante. La incertidumbre sobre la enfermedad, la ausencia de tratamientos, la morbilidad del virus o cómo se transmitía, hicieron rápidamente mella en la ciudadanía. Las medidas de aislamiento y confinamiento de la población y todo tipo de actividad considerada no esencial, se abrieron paso para salvar vidas y descongestionar el sistema sanitario colapsado, trasladando además a la ciudadanía una enorme preocupación sobre las consecuencias económicas y sociales a corto y medio plazo. Hasta finales de marzo, los Servicios Sociales públicos no fueron considerados por el Estado servicios esenciales, causando confusión y un perjuicio aún no medido en las personas usuarias.

Mientras, las últimas semanas de marzo y primeras de abril de 2020, serán recordadas por el drama social y humano que supuso el contagio masivo de COVID-19 en las residencias de personas mayores institucionalizadas, disparando el número de personas fallecidas y las situaciones dantescas de aislamiento vividas por las personas usuarias que tuvieron que sufrir (y en muchos casos morir) en soledad. Con total crudeza, la pandemia se abrió paso como lo que realmente sería: una crisis sin precedentes de justicia social (Banks,2020, p. 577)

Las trabajadoras sociales entrevistadas vivieron el momento crítico del inicio de la pandemia teniendo que atender a sus propios problemas personales y familiares derivados de la emergencia sanitaria y seguir contribuyendo con su trabajo al bienestar de la ciudadanía en diferentes áreas y entidades. La mayoría de las entrevistadas tomó conciencia real de la gravedad y peligrosidad de la situación cuando estalló en nuestro entorno próximo la pandemia y comenzó la vertiginosa escalada de contagios y muertes en el conjunto de la ciudadanía. Entonces los servicios sociales y sanitarios se encontraron de repente recibiendo aluviones de llamadas solicitando información y ayuda. Otras entrevistadas manifiestan haber tomado conciencia de la

pandemia con bastante anticipación porque veían lo que estaba sucediendo en otras ciudades de Europa y del mundo. La toma de conciencia progresiva se aceleró pasando rápidamente de “darse cuenta de lo que pasaba” a la acción: la atención a las personas por encima de todo. La reacción comprometida de las trabajadoras sociales, según las entrevistadas, está claramente vinculada a los principios éticos de la profesión.

No fueron pocos los obstáculos a remover durante los primeros meses: sistemas de autoprotección frente al contagio en la atención directa inaccesibles, ausencia de instrucciones claras y protocolos adaptados, teletrabajo y, especialmente, la falta de recursos técnicos y humanos para atender la demanda de las personas usuarias y de la ciudadanía. Las entrevistadas aportaron su experiencia y conocimiento a las organizaciones y entidades en las que trabajaban para avanzar con mucha dificultad: trabajaron más horas, reorganizaron sus servicios y turnos de trabajo, se expusieron al contagio en muchos casos, realizaron todo tipo de tareas contribuyendo a las entidades y centros, idearon fórmulas para no dejar de atender a las personas usuarias adaptando espacios y creando otros, hicieron un esfuerzo por coordinar entidades y recursos, innovaron y reflexionaron sobre la situación que estaban viviendo. Las acciones desarrolladas por trabajadoras sociales y servicios han sido muchas y muy variadas dependiendo del contexto institucional y de las necesidades específicas de cada colectivo durante la pandemia. En todos los casos las acciones y proyectos emprendidos se han dirigido a velar por los derechos de las personas y a satisfacer sus necesidades básicas físicas, emocionales, sociales y espirituales. La contención emocional, el acompañamiento psicosocial, el facilitar información, la mediación familiar e institucional y proporcionar apoyo instrumental para cobertura de necesidades básicas han sido las intervenciones más significativas desarrolladas en los diferentes servicios sociales y sanitarios durante la pandemia. Frente a ellas: la falta de recursos estructural de los sistemas de protección, la burocracia, la falta de flexibilidad para adaptar determinados servicios a la situación de emergencia sanitaria, las directrices cambiantes y a veces contradictorias desde las políticas sanitarias y sociales, la brecha digital, el cierre de centros sociales, el incremento de las necesidades y de la demanda no satisfecha de las personas usuarias, además de tener que gestionar sus propios miedos e incertidumbres y, en muchos casos, el contagio y la enfermedad.

Las trabajadoras sociales entrevistadas alcanzaron sus límites y claramente los sobrepasaron. El cansancio y el estrés son pésimos compañeros de viaje, especialmente cuando éste se prolonga en el tiempo. El deterioro de ²⁶

la salud mental y física de las trabajadoras sociales durante los primeros meses de pandemia en España está comprobado empíricamente, como demuestra el trabajo de Muñoz-Moreno et al. (2020). Conviene no olvidar esta cuestión, pues las entrevistadas prácticamente no han podido descansar físicamente desde el inicio de la pandemia ni desconectar psicológicamente de manera adecuada, ya que la falta generalizada de recursos humanos y el incremento sucesivo de las necesidades y demandas de la población, lo han impedido. Además, la labor de las trabajadoras sociales no ha tenido el reconocimiento social que merecía ni por parte de la opinión pública ni por las instituciones políticas y sociales.

Abordar la emergencia social derivada de la primera etapa de la pandemia de COVID-19 fue algo tremendamente duro y estresante para las trabajadoras sociales. Lo que vendría inmediatamente después no lo sería menos, pues habría que hacer frente, con recursos muy justos y con pocas fuerzas, al impacto sobre las rentas de personas y familias del cese de la actividad económica, al incremento de la desigualdad y de los precios de productos básicos, a las consecuencias del aislamiento social en las personas mayores, a las dificultades en el desarrollo de

niñas y niños, entre muchas otras cuestiones. Y todo dentro de un marco de debilitamiento en su conjunto de los mecanismos de cohesión e inclusión social y de políticas sociales que aún necesitan desplegarse de manera adecuada y efectiva sobre muchos territorios del Estado. Las trabajadoras sociales entrevistadas han puesto en evidencia la importancia del trabajo en red, coordinando recursos entre organizaciones y entidades público-privadas, apoyando y promoviendo la ayuda voluntaria formal e informal y generando sinergias con la comunidad y sus recursos, en la línea que recomendaba el Consejo General del Trabajo Social al inicio de la pandemia (marzo de 2020) en las propuestas de acción dirigidas a las trabajadoras/es sociales ante la pandemia de COVID-19 (CGTS, 2020d: p.4).

La experiencia vivida y relatada por las trabajadoras sociales entrevistadas implica un ejercicio de análisis e introspección que es valioso en sí mismo, pues permite la reflexión crítica sobre el papel individual del profesional del trabajo social y su contexto laboral conectándolo con procesos sociales, económicos y políticos más amplios. Las trabajadoras sociales entrevistadas no sólo denuncian la necesidad de políticas sociales públicas que reconozcan los derechos y deberes de la ciudadanía en un contexto de emergencia social, sino que también señalan el sentido y la orientación de una nueva gestión en los procesos de gobernanza multinivel. Gestores de políticas públicas y responsables políticos deben ser conocedores de las propuestas que se derivan de la experiencia de las trabajadoras sociales en pandemia, siendo fundamental esta transferencia de conocimiento para el diseño de planes, programas y proyectos, organización de servicios, innovación en el ámbito de las organizaciones y entidades, así como en los servicios sociales y sanitarios de titularidad pública.

Por nuestra parte, es responsabilidad de quienes nos dedicamos a la educación e investigación en Trabajo Social, ser transmisores de los conocimientos, habilidades y actitudes que se derivan de la experiencia profesional frente a la COVID-19, divulgando respuestas, estrategias y aprendizajes derivados de éstas (Amadasun, 2020, p.755). Esta labor permitirá, dentro de un tiempo, el análisis comparado e internacional de los procesos sociales generados por la pandemia de COVID-19 y sus consecuencias y aprender de la experiencia desde la práctica profesional. Mientras tanto, nuestro más profundo respeto, admiración y compromiso con las compañeras que han estado y siguen trabajando día tras día haciendo frente a las consecuencias de la pandemia.

REFERENCIAS

Ahvenharju, S., Minkkinen, M., & Lalot, F. (2018). The five dimensions of futures consciousness. *Futures*, 104, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2018.06.010>

Ajuntament de Barcelona, Consell Municipal de Benestar Social (ABCMBS). (2020). *Les polítiques socials municipals davant l'impacte de la COVID-19, aportacions del Consell Municipal de Benestar social*. <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxiu-socials-politiques-socials-municipals-covid-19.pdf>

Alexander, D. (2012). Models of Social Vulnerability to Disasters. *Revista Crítica de Ciències Socials-RCCS*, Annual Review, 4(4), 22-4. <https://doi.org/10.4000/rccsar.412>

Amadasun, S. (2020). Social work and COVID-19 pandemic: An action call. *International Social Work*, 63(6), 753-756. <https://doi.org/10.1177/0020872820959357>

Amnistía Internacional (2020). Abandonadas a su suerte. La desprotección y discriminación de las personas mayores en residencias durante la pandemia COVID-19 en España. Recuperado de: <https://bit.ly/341rJeK>

Arricivita, A.L. (2006). La intervención social (o psicosocial) en emergencias y catástrofes. *Servicios Sociales y Política Social*, 74, 27-42

Arricivita, A. L. (2013). *Manual para trabajadores sociales y otros profesionales de la ayuda*. Psicosocial & Emergencia Gráficas Alós.

Arricivita, A.L., y Pérez Sales, P. (2005). La intervención psicosocial en catástrofes. El punto de vista de los actores. *Agathos. Atención Sociosanitaria y Bienestar*, 3, 44-46.

Banco de España (BdE) (2020). Informe anual 2020. Informe anual en breve. Disponible en:

https://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesAnuales/InformesAnuales/20/Fich/InfAnual_2020-IA.pdf

Banks, S. et al. (2020). Practising ethically during COVID-19: Social work challenges and responses. *International Social Work*, 63(5), 569–583. <https://doi.org/10.1177/0020872820949614>

Ben-Ezra, M., & Hamama-Raz, Y. (2021). Social workers during COVID-19: Do coping strategies differentially mediate the relationship between job demand and psychological distress? *The British Journal of Social Work*, 51(5), 1551-1567. <http://dx.doi.org/10.1093/bjsw/bcaa210>

Brown, N. (2020). *Social service workers mitigating the impact of COVID-19*, The Global Social Service Workforce Alliance. <http://socialserviceworkforce.org/resources/blog/social-service-workers-mitigating-impact-covid-19>

Camús, J. D. (2016). Las emergencias sociales: Fundamentos e Intervención. Un abordaje desde una disciplina interdisciplinar. ACCI, Asociación Cultural y Científica Iberoamericana.

Caravaca, C. (2016). Los nuevos ámbitos de Intervención desde el ejercicio libre en Trabajo Social. *La Razón histórica: revista hispanoamericana de historia de las ideas políticas y sociales*, 33, 181-202.

Chesney, L. (2008). La concientización de Paulo Freire, *Rhec*, 11 (11),51-72. <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/rhec/article/view/1032>

Coloma, A. (2009). Una aproximación a la intervención del Trabajo Social comunitario en situaciones de catástrofes y desastres. *Cuadernos de Trabajo Social*, 22, 243-257. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0909110243A/7510>

Consejo General del Trabajo Social (2020a). *Plan de Emergencia de Trabajo Social Sanitario. Gestión Social Sanitaria COVID-19*. Madrid: G.E.I.E.S. Grupo Estatal de Intervención en Emergencias Sociales/Consejo General del Trabajo Social.

Consejo General del Trabajo Social (2020b). *Servicios Sociales y Política Social*, XXXVII, Monográfico: Trabajo Social vs COVID-19.

Consejo General del Trabajo Social (2020c). Incidencia política: Participación en el ‘Plan de Respuesta Temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19’ en el ámbito de los centros sociales residenciales. Grupo de trabajo de la Secretaría de Estado de Derechos

Sociales y Agenda 2030, Ministerio de Derechos sociales y Agenda 2030, Gobierno de España <https://www.cgtrabajosocial.es/comunicaciones/comunicado-el-cgts-insta-a-dar-una-respuesta-temprana-en-los-rebrotos-que-pudieran-aparecer-en-las-residencias-de-mayores/537/view>

Consejo General del Trabajo Social (2020d). *Recomendaciones del Consejo General del Trabajo Social a los y las trabajadoras sociales ante la situación del COVID-19*. Madrid: Consejo General del Trabajo Social. Recuperado de: <https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/Documento%20CGTS%20COVID-19.pdf>

Constitución Española, 1978. BOE núm. 311, de 29/12/1978. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

D’Cruz, H.; Gillinham, P., & Melendez, S. (2007). Reflexivity, its Meanings and Relevance for Social Work: A Critical Review of the Literature, *British Journal of Social Work*, 37,73–90. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl001>

Devlieghere, J., & Roose, R. (2021). Editorial: why the COVID-19 pandemic calls for a children’s right reflex, *European Journal of Social Work*, 24(4), 563-565, <https://doi.org/10.1080/13691457.2021.1947596>

Douglas, M. (1996). La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales. Paidós

Duque, J. M., y Murguía, M. J. (2011). La emergencia social: ámbito (privilegiado) de intervención para los servicios sociales. Gestión en el Ayuntamiento de Bilbao. *Servicios Sociales y Política Social*, 94, 69- 82.

Endsley M.R. (2015). Final Reflections: Situation Awareness Models and Measures. *Journal of Cognitive Engineering and Decision Making*, 9(1), 101-111. <https://doi.org/10.1177%2F1555343415573911>

Endsley, M. R., Farley, T.C., Jones, W.M., Midkiff, A.H., & Hansman, R.J. (1998). *Situation awareness information requirements for commercial airline pilots*. International Center for Air Transportation. <http://hdl.handle.net/1721.1/35929>

European Social Network (ESN). (2021). COVID-19 impact on Europe’s social services. Protecting the most vulnerable in times of crisis. Royal Library of Belgium.

Ferrer Álvarez, I. (2011). El servicio de Emergencias del Ayuntamiento de Barcelona. *Servicios Sociales y Política Social*, 94, 83-90.

Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada - FOESSA (2022). *Evolución de la cohesión social y consecuencias de la COVID-19 en España*. Fundación FOESSA y Cáritas Española Editores. Recuperado de: <https://bit.ly/3IScp2T>

Freire, P. (1973). *El mensaje de Paulo Freire. Textos seleccionados por el INODEP*. Fondo de Cultura Popular. Marsiega, pp. 13-14.

García Herrero, G. (2006). La respuesta de los servicios sociales ante las situaciones de urgencia. *Servicios sociales y Política Social*, 74, 6-25.

Generalitat de Catalunya. (2020). *Procediment d’actuació en front de casos d’infecció pel coronavirus SARS CoV-19-2*. https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/C/coronavirus-2019-ncov/material-divulgatiu/procediment-actuacio-coronavirus.pdf

Global Social Service Workforce Alliance, UNICEF, International Federation of Social Workers, Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. (2020). *Social Service Workforce Safety and Wellbeing during the COVID-19 Response - Recommended Actions* | Global Social Service Workforce Alliance. Social Service Workforce Safety and Wellbeing during the COVID-19 Response - Recommended Actions | Global Social Service Workforce Alliance

Golightley, M., & Holloway, M. (2020). Editorial: Unprecedented Times? Social Work and Society post-COVID- 19, *The British Journal of Social Work*, 50(5), 1297–1303. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcaa110>

Gutiérrez Pascual, M. (2011). La estructura colegial española de Trabajo Social y sus acciones ante situaciones de emergencia. *Servicios Sociales y Política Social*, 94, 33-5

Herrero Muguruza, I. (2011). Los Trabajadores Sociales en situaciones de crisis, emergencias y catástrofes. *Margen*, 63, 1-9.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2020). Defunciones según la Causa de Muerte. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_ene_may_19_20.pdf

Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco. BOE 242, de 7 de octubre de 2011. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-15726

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE-A-1986-10499. Publicado en: BOE 02, de 29/04/1986. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE 128, de 29/05/2003. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

Ley 27/1983, de 25 de noviembre, de Relaciones entre las Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma y los Órganos Forales de sus Territorios Históricos. BOE 92, de 17 de abril de 2012. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-5193>

Ley Orgánica 3/1979, de 18 de diciembre, de Estatuto de Autonomía para el País Vasco. BOE 306, de 22/12/1979. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/1979/12/18/3/con>

Ley Orgánica 1/2006, de 10 de abril de Reforma de la Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana. BOE 86, de 11/04/2006. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2006/04/10/1>

Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña. BOE 172, de 20/07/2006. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2006/07/19/6/con>

Longhofer., & Floersch, J. (2012). The Coming Crisis in Social Work: Some Thoughts on Social Work and Science. *Research on Social Work Practice*, 22(5), 499-519. <https://doi.org/10.1177/1049731512445509>

Martínez Vázquez, N., y Cabrera Galisteo, O.M. (2019). Grupos y/o Comisiones de profesionales del Trabajo Social de intervención en emergencias en los Colegios Oficiales profesionales de Trabajo Social en España. *Documentos de Trabajo Social*, 62.

Mc.Guire, L.E., & Lay, K.A. (2020). Reflective Pedagogy for Social Work Education: Integrating Classroom and Field for Competency-Based Education, *Journal of Social Work Education*, 56 (3),519-532. <https://doi.org/10.1080/10437797.2019.1661898>

Millan, C.; Plaxats, M. A.; Román, A. y Romero, M. I. (2006). La trabajadora y el trabajador social emergencista (perfil, formación, marco legal, y una experiencia de intervención en el ámbito internacional). *Servicios Sociales y Política Social*, 74,113-133.

Muñoz-Moreno R, Chaves-Montero A, Morilla-Luchena A, Vázquez-Aguado O (2020). COVID-19 and social services in Spain. *PLoS ONE* 15(11): e0241538. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241538>

Naciones Unidas (2015). Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030. CH: UNISDR.

Navas, F. y Navas, A. (2018). *El Estado de las Autonomías*. Dykinson
Organista, P. (2005). Conciencia y metacognición, *Avances en Psicología Latinoamericana*, 23,77-89.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Disponible en: [https://www.who.int/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. Junta de Vigilancia Mundial de Preparación para las Emergencias Sanitarias (2019). Informe “Un mundo en peligro: Informe anual sobre preparación mundial para las emergencias sanitarias”. https://www.gpmb.org/docs/librariesprovider17/default-document-library/annual-reports/gpmb-2019-execsum-annualreport-es.pdf?sfvrsn=52ccc8_3

Pérez Madera, D. (2011). El SAMUR Social como servicio social de atención a las emergencias sociales. Su papel en la catástrofe del atentado terrorista del 11M y en el grave accidente aéreo de Spanair. *Servicios Sociales y Política social*, 94, 9-32.

Piaget, J. (1976). *La toma de conciencia*. Morata.

Piaget, J. (1980). Problemas de la Psicología genética. Ariel.

Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE 67, de 14/03/2020. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-3692>

Real Decreto-ley 11/2020, de 31 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes complementarias en el ámbito social y económico para hacer frente al COVID-19 (BOE 91, de 01/04/2020)

Redorta, J. (2004). Cómo analizar los conflictos. La tipología de conflictos como herramienta de mediación. Paidós.

Rosenthal, D. (1986). Two concepts of consciousness. *Philosophical Studies*, 49 (3), 329-359. <https://www.jstor.org/stable/4319832>

Salmon, P. M., Stanton, N. A., Jenkins, D. P., Walker, G. H., Young, M. S., & Aujla, A. (2007). What really is going on? Review, critique and extension of situation awareness theory. In International conference on engineering psychology and cognitive ergonomics (pp. 407-416). Springer.

Schakel, J.K., & Wolbers J. (2019). To the edge and beyond: How fast-response organizations adapt in rapidly changing crisis situations [When duty calls: confronting fragmentation in crisis management] *Human Relations*, 74(3), 405-436. <https://doi.org/10.1177%2F0018726719893450>

Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). (2020).

Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos (SEMICYUC). https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf

Strier, R., & Shdaimah, C. (2020). The faintest stirring of hope became possible: Pandemic Postscript. Editorial Note. *Ethics and Social Welfare*, 14 (3),242-247. <https://doi.org/10.1080/17496535.2020.1798603>

Treurniet, W. & Wolbers, J. (2020). Codifying a crisis: Progressing from information sharing to distributed decision-making. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 29(1), 23-35. <http://doi.org/10.1111/1468-5973.12323>

Vygostky, L. (1989). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Crítica. Willson, G. (2013). Evidencing Reflective Practice in Social Work Education: Theoretical Uncertainties and

Practical Challenges. *British Journal of Social Work*, 43,154-172. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr170>

Nota biográfica de las autoras

Josefa Fernández Barrera

Diplomada en Trabajo Social, licenciada en Derecho y doctora en Sociología por la UB. Ha trabajado en el ámbito de la Salud y la salud mental, la infancia y la familia, en mediación familiar y en el apoyo al mundo asociativo. Temas sobre los que ha desarrollado sus principales líneas de investigación. Profesora Titular de Trabajo Social jubilada de la UB. IP Fundadora de GRITS (Grupo de investigación e Innovación en Trabajo Social) de la UB y exdirectora del Departamento de Trabajo Social (2008-2016) ORCID <http://orcid.org/0000-0002-7544-7275>

María-Asunción Martínez-Román

Diplomada en Trabajo Social, licenciada en CC de a Educación , Master en Evaluación en Trabajo Social y Servicios Sociales, y Doctora en Sociología (UA). Catedrática de Escuela Universitaria de Trabajo Social y servicios Sociales jubilada de la UA. Profesora Colaboradora Honorífica del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales e Instituto interuniversitario de Desarrollo Social y Paz de la UA. Líneas de investigación: Políticas públicas (pobreza y exclusión social por razones de género, edad, enfermedades crónicas graves, discapacidades); educación, práctica profesional e incidencia en las políticas del Trabajo Social. Miembro de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales, Asociación Gerontológica del Mediterráneo y Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5660-0126>

Miguel-Ángel Mateo-Pérez

Catedrático de Trabajo Social y Servicios Social, Universidad de Alicante. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales e Instituto interuniversitario de Desarrollo Social y Paz. Líneas de investigación: políticas sociales, exclusión, pobreza, desigualdad, incidencia de las trabajadoras sociales en las políticas sociales. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3716-6624>

Belén Parra Ramajo

Diplomada en Trabajo Social, licenciada en Antropología Social y doctora por la UB. Profesora Agregada de la UB (Unidad de formación e investigación de Trabajo Social). Investigadora fundadora de GRITS (Grupo consolidado de investigación e Innovación en Trabajo Social). Investigadora colaboradora de GRISI (Grupo de Investigación consolidado en Intervenciones socioeducativas en la Infancia y la Juventud). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3555-2916>

Arantxa Rodríguez Berrio

Doctora en Ciencias Políticas y Sociología por la Universidad de Deusto. Profesora Titular de la Universidad de Deusto. Departamento de Ciencias Sociales y Humanas. Ha sido directora del Departamento de Trabajo Social y Vicedecana de innovación y calidad en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Ha sido también directora del Máster Universitario en intervención y mediación con infancia y adolescencia en situación de desprotección y/o conflicto social. Equipo de investigación Deusto Valores Sociales, reconocido por el Gobierno Vasco como grupo de investigación de alto rendimiento del sistema universitario vasco de tipo A. Líneas de investigación: Infancia y adolescencia en situación de vulnerabilidad social, metodología de la intervención social en Trabajo Social y competencias profesionales para la intervención social, procesos de inclusión/exclusión social, epistemología del Trabajo Social y valores sociales. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9651-0272>

Emma Sobremonte Mendicuti

Diplomada en Trabajo Social, licenciada en Sociología y doctora en Sociología por la Universidad de Deusto. Profesora Titular de la Universidad de Deusto. Departamento de Ciencias Sociales y Humanas. Directora del Máster Universitario en Intervención y Mediación familiar. Ha sido directora del Departamento de Trabajo Social y Sociología y Vicedecana de Ordenación académica de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas (UD). Equipo de investigación Deusto Valores Sociales, reconocido por el Gobierno Vasco como grupo de investigación de alto rendimiento del sistema universitario vasco de tipo A. Líneas de investigación: desigualdades sociales en salud, trabajo social sanitario y atención sociosanitaria, ética de la intervención social, epistemología del Trabajo Social, y valores sociales. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0958-2719>

SVERIGE

Den svenska välfärdsstaten och socialt arbete under Covid-pandemin

Jessica Jönsson & Maria Bennich²⁵¹

INLEDNING

Den svenska välfärdsstatens nyliberala omdaning

Globaliseringen har som sociologen John Tomlinson (1999) säger, omvandlat allt som är globalt till lokalt och allt som är lokalt till globalt. Den har aktualiserat många frågor för socialt arbete som handlar om hur vi kan bekämpa globala socioekonomiska ojämlikheter och dess nationella och lokala konsekvenser. Globaliseringen är dock ingen neutral process utan är påverkad av kolonialism, kapitalism och imperialism. Globaliseringen behöver ses för vad den i praktiken är, det vill säga en nyliberal världsordning som påverkat alla länder och nationer inklusive Sverige.

Trots att globaliseringen på inget sätt är något nytt fenomen (Beck, 1998; Robertson, 1992) tenderar vi i alltför stor utsträckning att se socialt arbete i utbildning och praktik som något nationalstatligt. Det svenska sociala arbetets utbildning, praktik och forskning har utvecklats ur en nationalstatlig tradition och socialt arbete har varit och är en del av statens socialpolitik och visioner om samhällsorganisering. Socialt arbete i Sverige var fram till 1980-talet en integrerad del av det svenska välfärdsbygget och hade som en del av socialpolitiken till uppgift att bidra till reduceringen av klassklyftor och eliminering av sociala problem. Alla aspekter av socialt arbete präglades av den statliga och officiella ideologin som betraktade sociala problem som konsekvenser av strukturella sammanhang relaterade till det kapitalistiska systemet.

Nyliberalismens frammarsch under 1980-talet i USA och Storbritannien med Ronald Reagan som president och Margaret Thatchers som premiärminister kom senare att påverka den svenska modellen och därmed dess socialpolitik och sociala arbete. Reaganismen och Thatcherismen betraktade staten och välfärdsstaten som ett problem för ekonomisk utveckling. Reagan menade att "staten är inte lösningen; staten är problemet" och Thatcher kallade välfärdsstaten för "nanny state" och socialarbetare för "nannies" (Kamali & Jönsson, 2018). Sociala problem sågs av dessa nyliberala makthavare som individuella problem orsakade av individerna själva. Detta blev startpunkten för en aggressiv nyliberal globalisering som tvingade så gott som alla länder att anpassa sig till den nyliberala politiken. Sovjetunionens fall blev startpunkten för den svenska socialdemokratins anpassning till "tidens anda" det vill säga till nyliberalismen som "det enda alternativet". Detta har påverkat både den svenska traditionella solidariska socialpolitiken och sociala arbetet som en integrerad del i den svenska välfärdsstaten.

Årtionden av nyliberala reformer har lett till att det sociala arbetets praktiker alltmer gått ifrån dess strukturella perspektiv och i större utsträckning begränsats till individuella interventioner inom redan existerande strukturella och institutionella sammanhang som orsakar

²⁵¹ Örebro Universitet

ojämlikheter (Jönsson, 2015; Kamali & Jönsson, 2018). Trots dessa nyliberala förändringar, som förändrade den svenska och även den nordiska modellen i grunden, lever fortfarande en föreställning internationellt om de nordiska eller skandinaviska länderna som högborgen av jämlikhet och social välfärd. Verkligheten är dock en annan. Sverige har sedan 1990 talet både under socialdemokratiska regeringar och högerregeringar genomgått omfattande förändringar som omorganiserat välfärdsstaten och det sociala arbetets utbildning och praktik i enlighet med den nyliberala ideologin och samhällsorganiseringen.

Den svenska och andra nordiska länders stater är inte längre starka välfärdsstater utan representanter för och delar av ett globalt kapitalistiskt system där företagets vinster och välstånd går före människors liv och hälsa. Flera OECD rapporter (2013; 2016) visar att medan socioekonomiska klyftor har ökat markant i Sverige och andra nordiska länder, har välfärdsinsatserna varit begränsade. Dessa rapporter visar att socioekonomiska skillnader mellan den fattigaste och den rikaste delen av befolkningen har ökat i samma takt som i USA under samma period. Detta har också lett till ett hårdare samhällsklimat och ett ökat väljarstöd för rasistiska partier som Sverigedemokraterna (Kamali, 2008, 2015) som bara sedan 2010 när de kom in i riksdagen blivit tredje – och i vissa mätningar andra – största parti i landet. Det socialdemokratiska partiet som traditionellt har varit känd som ett välfärdsparti är idag ett nyliberalt och marknadsorienterat parti som är ansvarig för mycket av de nyliberala reformer som genomförts i Sverige.

Förändringar på arbetsmarknaden, i bostadspolitiken och utbildningssystemet har ökat utsattheten för många människor. Allt fler ungdomar lämnar grundskolan utan fullständiga betyg (Skolverket, 2019) samtidigt som de mest osäkra anställningsformerna har ökat (Wingborg, 2019), liksom inkomstskillnaderna och andelen med låg ekonomisk standard i befolkningen (SCB, 2019). Detta syns också i en tilltagande osäkerhet på bostadsmarknaden som uttrycks i tillfälliga kontrakt, trångboddhet och hemlöshet (Listerborn, 2018; Samzelius, 2020). Dessa konsekvenser är nästan identiska i andra länder som har genomgått samma slags nyliberalisering (Ferguson, Ioakimidis & Lavalette, 2018).

Förändringar i välfärdssystemets omfattning, organisering och styrning gör att det blivit svårare för människor i behov av välfärdsinsatser att få adekvat stöd. Förebyggande och uppsökande program, insatser och stödformer, som tidigare varit en central och självklar del av socialtjänstens arbete har länge bortprioriterats (Jönsson, 2015, 2019); något som i den nya översynen av socialtjänstlagen, *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag*, också har bekräftats. Utredningen föreslår en perspektivförskjutning, där det förebyggande arbetet utvecklas till att förebygga sociala problem och genom det minska de individbaserade insatserna (SOU 2020:47). Givet den nyliberala konsensus som råder i landet är det dock ytterst osannolikt att sådana förslag får politiskt gehör.

Nyliberalismen som en global socioekonomisk och politisk ordning försvagar nationalstaternas suveränitet och bestämmande över sina juridiska gränser. Staterna omvandlas till representanter för den nyliberala globala marknaden och blir i allt högre grad ett organ för social kontroll av de som lever inom landets gränser och som föreställs utgöra hot mot den nyliberala ordningen. Detta beror i första hand på att försvagningen av välfärdsstaten gör nationalstaten oförmögen att hejda den globala nyliberalismens destruktiva konsekvenser för människor inom sina nationella gränser. Därför görs människors sociala problem till individuella problem som antingen har med deras kultur eller mentala tillstånd att göra (Eliassi, 2015; Jönsson, 2013;

Östman, 2019). Detta är ett sätt för staten att kringgå sitt ansvar för de sociopolitiska strukturer som skapar sociala problem.

Dessa förändringar, som inneburit en försvagning av välfärdsstaten och dess stödsystem för utsatta grupper och individer, har förändrat socialarbetarens traditionella solidariska roll och funktion. Detta har skapat rollkonflikter och flera dilemman för många socialarbetare som fortfarande uppfattar och identifierar sig som en profession som främjar välfärd och solidaritet. Ett flertal studier visar att det sociala arbetet, till exempel genom chefers ökade makt, tycks begränsa handlingsutrymmet och underminera möjligheterna till intern kritik och kollektiv mobilisering på arbetsplatser (Astvik, Melin & Allvin 2014; Jönsson 2019; Lauri 2019).

Socialtjänsten i Sverige är organiserad som en myndighetsutövning och är ett ansvar för kommunala myndigheter. Socialt arbete delas traditionellt in strukturellt och individuellt socialt arbete. För det strukturella sociala arbetet ansvarar Socialnämnden som genom samhällsplanering och principbeslut arbetar förebyggande för att motverka förekomsten av sociala problem. Socialnämnden är en politiskt sammansatt nämnd som har ett övergripande ansvar för hela staden eller ett område i varje stad. Den andra delen av socialt arbete, nämligen socialt arbete med individ och barn- och familj, bedrivs av enskilda socialarbetare i lokala kommunala socialkontor. Denna verksamhet består av individomsorg, barn och familjeomsorg och äldreomsorg. Detta innebär att socialtjänsten måste tillhandahålla insatser för individer och familjer med sociala problem, äldre, individer med missbruksproblem och individer med funktionsnedsättning.

Denna kommunala service och detta sociala arbete bygger i huvudsak på principen om frivillighet hos dem som är i behov av dessa insatser. Kommunala socialsekreterare har dock laglig befogenhet att utöva tvång i det fall den enskilde individen sätter sig själv, sina barns utveckling eller sin egen hälsa i fara. Socialtjänstens tvångsmedel regleras i två lagar; ”Lagen om vård av barn och unga” (LVU) och ”Lagen om vård för missbrukare” (LVM). Kommunala socialarbetare åläggs att samarbeta med andra myndigheter och organisationer, som polis, psykiatri och skola.

Den största kommunala budgeten för vård och omsorg används för äldreomsorgen. De senaste decenniernas liberalisering har dock slagit hårt även mot äldreomsorgen. Outsourcing och privatiseringar av kommunala verksamheter inom äldreomsorg har resulterat i försämringar vilka blev synliga under covid-19 pandemin när många äldre föll offer för undermåliga skyddsåtgärder från privata aktörer inom äldreomsorgen.

Covidpandemin och välfärdsstatens kollaps

Covid-19 pandemin har avslöjat konsekvenserna av ökade socioekonomiska klyftor och marginalisering i Sverige. Rapporter visar att fattiga, marginaliserade och rasifierade grupper är överrepresenterade i statistiken över offren för pandemin (Delmi, 2021). Trots att den svenska politiska eliten försökt att framställa ”den svenska strategin” som ett demokratiskt alternativ som skulle gynna individernas frihet och självbestämmanderätt, har verkligheten visat sig vara någon annan. Faktum är att ”den svenska strategin” är en marknadsanpassad strategi för att stödja marknaden och uppmuntra människor att leva sina vanliga liv, det vill säga, arbeta och konsumera trots fara för deras liv och hälsa. Med andra ord, marknadens hälsa gick före folkets hälsa (Axelsson, Callerstig, Sandström & Strid, 2021). Trots många protester från medicinska experter som betraktade den svenska strategin som en fara för människor, valde staten att förlita sig på sin egen myndighet, Folkhälsomyndigheten, i sin iver att skydda marknaden. ”Den svenska strategin” har resulterat i mer än 15 000 döda i Covid i Sverige.

Statens epidemiolog vid Folkhälsomyndigheten, Anders Tegnell, har lagt skulden för så många döda marginaliserade och rasifierade grupper i Covid-19 på ökad migration och migranternas oförmåga att följa Folkhälsomyndighetens rekommendationer (se ex. Bergmann, 2020). Flera medicinska experter förkastade dock sådana okvalificerade förklaringar från regeringen och Folkhälsomyndigheten och anklagade regeringen för passivitet och för att inte ta sitt ansvar för människors hälsa samt för att missleda den allmänna opinionen (SOU 2021:89 Volym 1 och 2).

Det har inte enbart varit fattiga marginaliserade och rasifierade grupper som drabbats hårdast av ”den svenska strategin” och av Covid-pandemin utan också den äldre befolkningen. De nyliberala reformer av välfärdsstaten, som beskrivits ovan och som drabbat äldreomsorgen hårt, har gjort att många äldre föll offer för pandemin. Privatiseringen av äldreomsorgen och knappa resurser inom vården är grundorsaken till varför den äldre befolkningen drabbats så hårt av pandemin. Privata aktörer i den marknadsanpassade äldreomsorgen har visat vara oförmögna att sätta människors liv och hälsa före vinst. Socioekonomiska orsaker bakom överrepresentationen av fattiga, äldre och marginaliserade grupper bland pandemins offer är ett direkt resultat av nyliberaliseringen av den svenska välfärdsstaten. Socialtjänst, skolsystemet, hälsovård, äldreomsorg, barnomsorg och andra delar av den svenska välfärdsstaten har privatiserats och lämnats till marknadsaktörer som har koloniserat den en gång så välutvecklade svenska välfärdsstaten (Andersson & Kvist 2015; Lapidus, 2015).

Dessa omständigheter tvingar socialarbetarna att lämna sina värderingar och sin yrkesroll som präglats av en yrkesetik - att som profession arbeta för social rättvisa och mänskliga rättigheter, vilket även inkluderat strukturella och institutionella perspektiv på välfärdsstaten (Jönsson, 2019). Detta har sannolikt inneburit att socialarbetare och deras fackliga organisationer varit ovanligt tysta under pandemin. Dessutom leder ökade klyftor och marginalisering av många grupper i allmänhet och av individer och familjer med migrant- och invandrarbakgrund i synnerhet till framgångar för populistiska, nationalistiska och rasistiska partier som numera agerar i allians med nyliberala etablerade partier (Kamali, 2008). Detta leder till en ovanlig tystnadskultur i den offentliga debatten där socioekonomiska klyftor och fattigas förluster ofta betraktas som legitima och självvalda (Kamali, 2021).

Nyliberaliseringen har lett till ökade socioekonomiska klyftor och en välfärdsnationalism som inte bara har inneburit ett ökat stöd för populistiska, nationalistiska och rasistiska partier och grupper, utan också påverkat det sociala arbetets utbildning, forskning och praktik. Minskad välfärdsfinansiering har lett till välfärdsnationalism där invandring och personer med migrant-och invandrarbakgrund framställs av rasistiska partier som en belastning för välfärdssystemet (Kamali 2015; Kamali & Jönsson, 2018). Detta har fått till följd att det sociala arbetets praktiker har blivit mer individualiserade, isolerade, avpolitiserade och formaliserade handlingar som inte tar hänsyn till strukturella och institutionella mekanismer bakom marginalisering, ojämlikheter och förtryck (Jönsson & Kojan, 2017).

Som statens agerande i Covid-19 pandemin har visat, det är inte ovanligt att marginaliserade gruppers sociala problem framställs som antingen importerade eller som ett resultat av dessa människors individuella val. Strukturella faktorer bakom förekomsten av sociala problem ges inte något utrymme i politiken och exkluderas successivt från socialpolitiken. Detta påverkar även socialarbetarnas roller och omvandlar dem till att bli utförare av statens rekommendationer. Detta är en av de största farorna för professionen socialt arbete och dess etiska riktlinjer och värderingar för främjandet av alla människors lika värde och mänskliga rättigheter.

I ljuset av ovan redogörelse av välfärdsstatens och socialpolitiken omvandling blir det därför särskilt intressant att undersöka hur pandemin påverkat det sociala arbetet med människor i behov av stöd och hjälp.

Metod och material

Studien är genomförd i en mellansvensk medelstor kommun/stad (166 000 invånare) och är baserad på intervjuer med socialarbetare inom olika verksamheter som utför olika typer insatser och omsorg, vilka faller inom ramen för Socialtjänstlagen (SoL). Vår ansats har varit att undersöka det sociala arbetets praktik och konsekvenserna av pandemin utifrån den bredd av behov som människor i ett marginaliserat, utsatt och sårbart tillstånd lever i. Valet av kommun grundar sig i dess representativitet för många mellanstora svenska städer med differentierad population. Kontakt med olika verksamheter togs i början av 2021 och intervjuerna genomfördes mellan januari och mars samma år. Nio socialarbetare var intresserade av att delta i studien. Intervjuerna genomfördes av en forskningsassistent och utfördes digitalt, på grund av restriktioner, och med bandspelare och tog mellan 35 och 60 minuter. Samtliga intervjuer transkriberades ordagrant. I nedanstående tabell visas inom vilka verksamheter de intervjuade arbetar och hur dessa är kodade i det redovisade empiriska materialet.

Tabell 1.

Yrkestitel	Verksamhet	Kod (SA=socialarbetare)
Socialsekreterare	Individ- och familjeomsorg	SA1
Kurator	Härbärke/stödboende	SA2
Gruppledare	Härbärke/stödboende	SA3
Biståndshandläggare	Äldreomsorgen	SA4
Socialsekreterare	Försörjningsstöd vuxna	SA5
Socialsekreterare	Försörjningsstöd och annat stöd för unga	SA6
Enhetschef	Särskilt boende för äldre	SA7
Enhetschef	Gruppboende funktionsvarierade	SA8
Biståndshandläggare	Omsorgen för funktionsvarierade	SA9

Intervjuerna utgår från frågor som är formulerade inom ramen för flera forskares gemensamma engagemang i IASSW, i ett gemensamt internationellt projekt - med samma frågeställningar – där fokus ligger på hur verksamma socialarbetare påverkats av och hanterat pandemin. Frågeställningarna har kortfattat handlat om socialarbetarnas initiala medvetenhet om

pandemin, förståelsen för allvarligheten, vilka åtgärder som kunde tänkas skydda människor med behov av stöd och hjälp, vilka åtgärder som vidtogs, erfarenheter och lärdomar av omställningen samt om och på vilket sätt den enskilde socialarbetaren utvecklats av dessa lärdomar. Vi/författarna har gemensamt analyserat intervjuaterialet utifrån såväl en vertikal (ordningsföljden på frågorna) som horisontal ansats där vi särskilt urskilt aspekter utifrån vad som är gemensamt, avvikande, nytt och relaterat till en rimlig begreppsapparat för att förstå socialarbetarnas beskrivningar. Här blir det viktigt att nämna att de organisatoriska förutsättningarna och villkoren skiljer sig beroende på vilka "målgrupper" (t.ex. äldreomsorg och socialt arbete med familj, barn och unga) stödet och hjälpen riktar sig mot, vilken typ av stöd som ges och på vilket sätt detta ges. Det blir därmed problematiskt att jämföra en verksamhet med en annan i det avseenden. Före studiens genomförande (i december 2020) diskuterades etiska spörsmål gemensamt och kollegialt inom ramen för Örebro universitet (där båda författarna är verksamma), avdelning för socialt arbete och forskarkollegiet. Forskarkollegiet bedömde att studien inte bröt mot de etiska principer som handlar om att skydda sårbara människor, eftersom det är yrkesverksamma och frågorna inte kan betraktas vara av känslig karaktär.

Medvetenhet om allvarligheten

De intervjuade socialarbetarna beskriver att medvetenheten om och kunskaperna kring spridningen av covid19 var något som startade i februari 2020. Till att börja med hade de intervjuade endast en vag bild om sjukdomen och spridningen av densamma. Det var något som skedde "någon annanstans". Informationen som kom gjorde det genom TV-nyheter, tidningar och sociala medier. Några av de intervjuade ger uttryck för att förståelsen för covid19 primärt var relaterad till de budskap som i början kom från Folkhälsomyndigheten (13 februari), nämligen att risken för spridning i det svenska samhället var låg. Dessutom hävdade socialministern och även Folkhälsomyndigheten att Sveriges beredskap var god när det blev känt att det härjade ett nytt virus i Asien.

Men det var ju nångång i februari som alltså till min kännedom via tv och där det framkom att det var det här i Wuhan och det var nån smittskyddsläkare, som sa att det kommer inte komma hit till nordn. Vi behöver inte, Europa behöver inte vara oroliga för det här (SA4).

När det gäller tilliten till nationella myndigheter i Sverige är det viktigt att tillägga att denna – trots välfärdsstatens omvandling – är hög (Prado, 2018) och att denna initialt ökade mellan 24 februari och 10 mars 2020 (Esaiasson, Sohlberg, Ghersetti & Johansson 2021). Förståelsen hur pass allvarlig covid 19 verkligen var och att spridningen faktisk var stor, var något som ökade under mars och april. Vid det tillfället var testkapaciteten inte särskilt utvecklad i Sverige. Endast de allra sjukaste som var aktuella för inläggning eller personer med viktiga samhällsfunktioner blev testade. I mitten av mars beslutade Folkhälsomyndigheten att inte längre smittspåra eftersom det bedömdes att allmänspridningen var så pass stor och att det inte fanns kapacitet att lägga resurser på smittspårning. I någon mån kan sägas att från svensk nationell myndighetsnivå var förhållningssättet *Laissez-fair* anstrukt, särskilt i ljuset av Världshälsoorganisationen (WHO) rekommendationer som underströk det viktiga att testa och smittspåra (Svensson & Rodriguez, 2021). Det här är något som Coronakommissionen (SOU 2021:89 Volym 1 och 2) senare identifierat stred mot Smittskyddslagen som gör gällande att vid allmän- och samhällsfarliga sjukdomar ska testning och smittspårning vidtas. Istället utlystes rekommendationer – som bygger

på frivillighet riktade mot medborgarna själva – hur befolkningen skulle bete sig för att minska smittspridningen.

Att situationen verkligen var allvarlig – trots att testning och smittspårning inte var utvecklad – uppfattade flera socialarbetare, då de beskriver att det var en ansträngd situation på arbetsplatserna under mars. Många i personalgrupperna insjuknade och särskilt blev de äldre medarbetarna borta från arbetet länge.

Men i mars där, så märkte man ju av det personliga allvaret för vi hade en period där, ja men hela arbetsgruppen i princip egentligen, från en dag till en annan blev sjuka...//...Jag tror jag var hemma runt en nio dagar med halsont och lite sådär. Men de äldre kollegorna de var hemma väldigt lång tid, alltså det var allt ifrån 6 till 8 veckor och då förstod jag liksom att det, ja men att det här kommer ju vara nånting som påverkar. (SA3).

Jag tror att det var i mitten, slutet av mars där och det var väl liksom då vi började inse att oj när man fick höra att nån gick hem, två gick he och sen blev jag sjuk och sen blev nästa sjuk och nästa och nästa. Det var väl då vi vart sådär ”Men Gud vad är det här” och då satt man och lyssnade på nyheterna hela dagarna när man var hemma så det var väl då man förstod allvaret i det här, att det inte bara var i Wuhan allt det här, utan det var även här (SA2).

Andra av de intervjuade insåg allvaret eftersom nyheter började berätta om att människor i Sverige dog på grund av covid19 och att detta dessutom ökade. Särskilt nämner några nyheterna från Italien, som var hårt drabbat av dödsfall, vid det här tillfället. Även de dagliga presskonferenserna som kom på plats 4 mars, med Folkhälsomyndigheten och andra nationella myndigheter och ibland även socialministern, underströk allvaret i situationen. Och när regeringen den 11 mars beslutade att ta bort karensdagen för sjukpenning för att minska spridning vid sjukdomen var det något som en intervjuad menar verkligen pekade på hur kritisk situationen var.

Nån av de där presskonferenserna handlade ju om att man tog bort karensdagen och det var väl kanske där jag kände att det var allvarligt. Just för att det var en så'n drastisk åtgärd (SA5).

En sådan snabbt beslutad positiv förändring måste ses i ljuset av dess ”tillfälliga” karaktär, dvs. att denna åtgärd tas bort så fort pandemin minskat. Att införa karensdagar var en nyliberal policy som infördes för några decennier sedan och försämrade de ekonomiska förutsättningarna för individen när denne drabbas av sjukdom. Mellan 1987-1992 fanns nämligen ingen karensdag vid sjukdom (Edebalk, 2007), utan denna togs tillbaka som ett led i den nyliberala omvandlingen av välfärdsstaten och socialförsäkringssystemen.

Samtidigt beskriver de intervjuade att det dagliga sociala arbetet med marginaliserade, utsatta och sårbara människor ändå behöver fortgå. En gruppleddare på ett skyddat boende beskriver att:

Men samtidigt så handlar det ju om att man skulle fortsätta bedriva insatserna mot de som vihar uppdrag kring för det måste ju fortgå ett arbete kring personer även om det råder andra omständigheter för att det personerna vi jobbar med det är ju personer som befinner sig utsatthet oavsett pandemi eller inte. De är ju aktiva i ett missbruk och

psykisk ohälsa och sådär, och om man inte jobbar med de som vi har uppdrag kring då kan de ju faktiskt dö av de anledningarna (SA3).

När de intervjuade socialarbetarna uppfattade att spridningen av infektionen var ett etablerat faktum så handlade det om hur detta skulle hanteras i konkret handling, vilket nästa avsnitt behandlar.

Att hantera situationen

Något som nämns av alla intervjuade handlar om de rekommendationer som var direkt inriktade på individuellt förändrat beteende: tvätta händerna, använda handsprit, hålla avstånd till varandra vid lunch- och fikaraster etc., börja arbeta mer hemifrån, särskilt vid minsta symptom. Några av de intervjuade beskriver ett skifte genom att olika möten började ske digitalt via Skype eller Teams. Flera beskriver hur de omorganiserade möten med människor i behov av stöd och hjälp. En socialekreterare för barn och familj beskriver att:

Och även i våra besöksrum satte vi upp lappar om corona och hur man skyddar sig och vad man ska vara uppmärksam kring och vi skrev ut i kallelser att man skulle höra av sig vid förkylningssymptom. Vi började ha mer telefonmöten. Det var ju tydligt det här att man skulle vara hemma om man hade några symptom. Sen över tid har vi ju liksom skaffat ja men skyddsutrustning för att kunna ha vid behov, vi jobbar hemma på schema, vi har mycket mer telefonsamtal (SA1)

Samma intervjuperson uttrycker också att de arbetade enligt principen att hålla fysiskt avstånd eftersom första och avslutande möten med familjer och barn i behov av stöd behöver ske fysiskt. Alla barnsamtal sker dock i form av fysiska möten och det var särskilt föräldrakontakten som genomfördes via telefon.

Det är emellertid inte vare sig möjligt eller lämpligt att arbeta genom telefon vid arbete med marginaliserade, utsatta och sårbara människor. Tidigt i pandemin pekades särskilt äldre personer, över 70 år, som de mest sårbara att bli exponerade för viruset eftersom de riskerade svår covid19 med dödlig utgång. De insatser och det arbete som genomförs i omsorgsarbetet – såväl inom hemtjänsten som inom äldreboenden – gör det i fysisk närkontakt med de äldre. Under våren 2020 var det stor brist på skyddsmaterial i Sverige. Det fanns inga centrala lager av skyddsmaterial varken inom hälso- och sjukvården, regionerna eller kommunerna på grund av att Sverige är organiserad utifrån den neoliberal organisationsprincipen ”just-in-time” (Granberg, Rönnblom, Paden, Tangnäs & Öjehag, 2021). I korta ordalag handlar om att inte ligga på lager längre tid än att material kan användas i närtid. Covid19 kom in på och spreds på äldreboenden och under våren 2020 var hälften av de äldre som dog i infektionen boendes på äldreboenden och en fjärdedel av de som hade hemtjänst (Socialstyrelsen, 2020). En biståndsbedömare som hanterar ansökningar om omsorgsinsatser och uppföljning av desamma slutade göra hembesök hos de äldre och kontakten skedde i stället över telefon. Att genomföra telefonsamtal istället för att mötas fysiskt är inte alltid en oproblematisk lösning, enligt biståndsbedömaren, eftersom en del äldre personer kan ha hörselnedsättning och även kan ha minnesproblem. Telefonmöten försvårar dessutom interaktionen mellan den äldre och biståndsbedömaren och det kan vara svårt att avgöra om den äldre har förstått vad som sagts. Men även äldre personer med hemtjänstinsatser förändrade sitt beteende då de av rädsla för att bli smittade avstod hembesök från omsorgspersonal.

Den [pandemin] har ju verkligen påverkat, dels att de inte vågar ta emot hjälp, många sa upp hjälp, ville inte ha, ville inte släppa in någon. Rädda för smitta helt enkelt och

klarar sig hellre själva eller hankar sig fram eller löser det liksom på något annat sätt eller inte alls, bara liksom håller ut (SA4)

En enhetschef på ett äldreboende beskriver att denne hade stöd från ledningsgruppen och förvaltningschefen och de använde sitt handlingsutrymme och sina kontakter för komma runt problemet med att skyddsutrustning inte fanns tillgängligt från centralt håll. De lyckades beställa skyddsutrustning själva, även om det blev till en extra kostnad, från ett lager och beslöt tidigt att inrätta besöksförbud för de anhöriga.

Vi var ju innan regeringsbeslutet före att sätta besöksförbud några veckor innan. Vi tog det beslutet. Det var 12 mars ungefär, två veckor innan regeringsbeslutet. Och informerade anhöriga i det. Och dom tyckte det var bra att vi tog det på allvar och var nöjda. Och sen har vi ju jobbat fram trygga videolösningar och plexiglas. Så det har ändå blivit bättre och bättre. Och sen när vi ändå släppt på har vi ju haft trygga möten utifrån social distansering och erbjudit skyddsutrustning till anhöriga (SA7).

Just det här äldreboendet klarade sig bra från smitta och hade under våren 2020 endast två fall som var symptomfria. Ovanstående intervjuperson beskriver också att informationen och rekommendationerna från nationell och regional myndighetsnivå under våren 2020 hela tiden förändrades, ibland från timme till timme. Detta bidrog till otrygghet och förvirring hos omsorgspersonalen. Så denna enhetschef beslutade att prioritera vilken information som skulle komma omsorgspersonalen tillhanda, så att dessa skulle kunna arbeta mer ostört med de äldre.

En annan situation när det inte är möjligt att arbeta på distans med marginaliserade och utsatta personer i behov av stöd och hjälp är härbärge för hemlösa och skyddsboende för kvinnor som blivit utsatta för eller riskerar våld. En socialarbetare, gruppleddare för ett härbärge där det även ingår ett skyddsboende, beskriver att deras uppsökande arbete med personer med ett tungt missbruk och hemlöshet inte är möjligt att genomföras på distans. De måste dessutom erbjuda plats när människor söker för detta. Så de löste detta genom att ordna en särskild lägenhet så sökande med symptom hade en plats att ta vägen.

Vi har ju ett skyddsboende här med tre lägenheter, ganska tidigt så tog vi en av de lägenheterna till en corona-lägenhet kallar vi den, men det skulle ha inneburit att dök det upp en kvinna under mars-april där som ringde och sa ”jag är sjuk” när hon ansökte om härbärgesplats så skulle hon fortfarande få ha kommit hit och vi hade inkvarterat henne i den lägenheten (SA3).

Pandemisituationen och isoleringen har dessutom haft påverkan på personer med missbruk och en kurator på härbärgets beskriver följande:

Det är ju flera av dem som har mått dåligt och haft mer ångest, druckit mer, drogat mer för att de har blivit mer ensamma i det här och sen är det just det här att när nån har haft symptom så ska ju de isolera sig i sin lägenhet och det går ju inte för dem för de måste ju ut och ta droger annars får de ju jättesvårt abstinens och kan dö på kuppen (SA2).

För den socialarbetare som arbetar med familjer och barn har pandemin bidragit till än mer negativa konsekvenser på flera olika sätt för de människor de arbetar med: isolering i hemmet, stängda verksamheter för barn samt att mycket av skolundervisningen skedde på distans.

Många av dem vi träffar är redan väldigt isolerade familjesystem som liksom blir ytterligare isolerade i det här läget, att man har liksom begränsade kontakter, man

kanske är hemma från skolan i högre grad. Många av dem vi träffar bor ju också extremt trångt, att man är mer tid hemma vilket bidrar till ytterligare psykisk ohälsa att dysfunktionella familjesystem blir ännu mer dysfunktionella. Och jag tänker att mycket av gratisverksamheter och fritidsverksamheter har stängt, det blir också liksom färre arenor att upptäckas på som barn. Jag har pratat med många ungdomar som upplever det här med liksom distansundervisning som jättebesvärligt utifrån att man bor många hemma man blir störd man får inte tillgång till den hjälpen man skulle behöva ha av lärare så för att kunna studera ordentligt (SA1)

En annan socialarbetare, som primärt arbetar uppsökande med ungdomar med psykisk ohälsa beskriver att denne började boka stora rum så att det var möjligt att hålla fysiskt avstånd vid möten. Samtidigt beskriver hen att:

Jag jobbar ju med ungdomar som redan innan corona varit socialt isolerade många, och där vi har liksom som en del i planeringen att jobba för att bryta den här sociala isoleringen (SA6).

Ett sätt att lösa situationen var hitta nya vägar och nya platser för möten, i det här fallet att möta ungdomen utomhus och ta en promenad tillsammans:

Vi bestämmer en plats där, det kan vara alldeles utanför klientens bostad och tar en promenad ute och håller liksom avstånd och pratar så. Kanske går och sätter oss någonstans vid nån bänk eller, det har också, jag upplever att det har varit väldigt uppskattat också för att jag tror att det blir lite ehm ja men ja men säga maktförhållande, som jag annars kan uppleva att det blir här i den här myndighetsmiljön som är på kontoret, det, försvinner liksom och man är mera två personer som möts och pratar och det blir väldigt mycket mer avslappnat tycker jag och det har klienter också sagt att 'det här var ju jättebra kan vi inte ses här hela tiden' (SA6).

Ovanstående uttalande pekar på en medvetenhet om asymmetriska maktrelationer mellan socialarbetare och människor i behov av stöd – i det här fallet ungdomar – och rummets och platsens betydelse för maktrelationer (Foucault, 2018) och alternativa platser var relationerna kan utjämnas. När det handlar om personer med funktionsvariationer, som har stöd enligt Lagen om stöd och service för vissa personer med funktionshinder (LSS) samt Socialtjänstlagen (SoL) och som ofta är infektionskänsliga fick de verksamheter som arbetar med dessa personer organisera om arbetet. Flera av de personer som bor på gruppboenden blev oroliga av den mediala rapporteringen om smittspridningen så där, beskriver en gruppchef för dessa boenden, togs beslut om att bespara dem från detta:

Dom har ju påverkats jättemycket. Av det här. I början så var det ju väldigt mycket pandemi och coronaprat på tv-nyheterna. Personalen behövde ju få det här i sig naturligtvis men det gick så långt, brukarna mådde så illa och for så illa av det här, så att vi fick sätta rutin att stänga av nyheterna. Så de fick, ville personalen lyssna så fick de göra det hemma eller på sin rast (SA8).

Vid den verksamhet där biståndsbedömningen för personer med funktionsvariation sker, stängdes väntrummen helt och möjligheten till spontana besök för de sökande begränsades och telefonmöten infördes. När telefonsamtal inte var lämpligt bokades stora mötesrum så det var möjligt att hålla avstånd. Dessutom ändrades rutinerna för inhandling av förnödenheter, något som annars sker tillsammans med de personer som har stöd.

Men vi kunde ju inte åka till affärerna...//... Utan då samlade vi ihop, låt säga att vi hade x-antal personer på ett boende, som vi hade här då, då tog man med sig x-antal plånböcker x-antal noter och så åkte man två personal och handlade åt dem. Och då åkte vi till det, den affären som vi vet har öppet till typ tolv (affärsnamn), då åkte man dit och handlade vid halv tio på kvällen för då var det inget folk där. Dels för att inte sprida smitta men även för att skydda sig själv. Så att rutiner att brukarna skulle vara med och handla sin egen mat den tog vi dän. Och så skapade vi en egen rutin för hur det skulle fungera om vi tog över det här (SA9).

Sammanfattningsvis kan konstateras att de intervjuade socialarbetare har hittat olika sätt att hantera och att arbeta för att minska smittspridningen, en typ av praktikbaserad innovation (Ellström, 2010). Det i sin tur har varit relaterat till flera olika aspekter, nämligen hur de intervjuade skulle skydda sig själva från smitta, hur de skulle interagera med medarbetare samt hur möten med de personer som är aktuella för socialtjänsten skulle hanteras. Intervjuerna pekar på att detta skiljer sig mellan olika verksamheter och mellan socialarbetare, vilka människor de arbetar med och vilken ställning/position socialarbetarna har inom de olika verksamheterna.

Förutsättningar för snabb omställning

Intervjumaterialet pekar på att det praktiska sociala arbetet på grund av pandemin, lyckats genomföras relativt snabbt och bidragit till att socialarbetarna dessutom behövt använda sin kreativa förmåga för att göra arbetet så bra som möjligt för samtliga parter, dvs. arbetsgruppen/kollegorna och de människor de möter i det sociala arbetet. De allra flesta intervjuade uppger att de haft stöd från ledningen och att denna varit lyhörd och stödjande.

Jag tyckte att vår ledning var väldigt lösningsfokuserad och gav alltså en tydlighet i att ni ska jobba hemma varannan dag eller vi kommer använda det här schemat och de här åtgärderna som man vidtog. Det kändes som att [vi kan vara] stolt över vår enhet men det kändes som att de agerade snabbt (SA9)

Vår chef i alla fall har lyssnat väldigt mycket på oss och tagit det vidare uppåt och vi har kunnat diskutera fram olika lösningar...//...vi har haft väldigt mycket egna åsikter vad vi tycker att vi vill göra för att minska smittspridningen vilket jag tycker oftast har blivit väldigt bra också. (SA1)

Dessutom har pandemin bidragit till att olika lösningar, t.ex. digitala lösningar börjat användas och utvecklats.

Vi har ju ökat den digitala kunskapen såklart, där man kan ha en tidseffektivitet på ett annat sätt (SA7).

Det känns ju ändå som att väldigt mycket har, har varit positivt. Alltså så att man har exempelvis gjort en digitaliseringsutveckling som skulle ha tagit flera år liksom och det har skett på ett år och det här att liksom, ja men jobba hemifrån alltså, det har varit uppe på tapeten tidigare men det har problematiserats väldigt mycket (SA1).

I det här avseendet menar ovanstående socialarbetare dessutom att telefonmöten eller digitala möten kan vara fördelaktiga t.ex. när man arbetar med hela familjer. Dessa kan vara under utredning som i sig kan innebära en enorm stress och där föräldrarna till exempel kan slippa ta ledigt från arbetet för ett möte. Men bilden är inte entydig vad gäller digitala möten eller telefonmöten:

Så att jag förstår att vissa säger att det har blivit mer tidseffektivt ja det kan det ha blivit men jag ser också att man kan tappa ganska mycket tidseffektivitet av att inte mötas fysiskt för det är många fler saker som ofta sker innan ett möte, efter ett möte som man nu har ytterligare ett möte till (SA3).

Några av de intervjuade som har en ledande position pekar på att pandemin har tydligt visat på vikten av ett aktivt och stödjande ledarskap, där medarbetarna är centrala för att kunna göra det så bra som möjligt för de människor som är i behov av det sociala arbetet och omsorgsinsatser.

Hos oss är det ju nästan 150 personal som varit involverade det här covidåret, arb.terapeut, sjuksköterskor osv. Där måste man ju ha check och det tänker jag att jag tidigare glömt i mitt ledarskap. Men här har det varit avgörande...//...till exempel om jag gjort information om en tidscheck så jag kontrollerar att det blir gjort. Och jag har ju haft alla yrkesgrupper... som tyckt att dom blir stressade och reagerat väldigt olika. Man måste ju jobba med medarbetarskap och mående och se till att det blir en trygghet och säker vård och omsorg (SA7)

Det är inte självklart att följa de rutiner man har idag man måste liksom göra avkall på jättemycket saker och hitta nya vägar. Att vara lite förberedd på saker och sen vikten av att vara mån om varandra att man fångar upp varandra i arbetslag (SA8).

Något som nämns särskilt av dessa enhetschefer är vikten av att sälla i den externa och många gånger motstridiga information som kommer om nya rutiner, förhållningssätt och rekommendationer kring hur pandemin ska hanteras, att prioritera och t.ex. förlägga information (som är sållad) medarbetarna tillhanda på slutet av dagen.

Att ta med inför framtida kriser

De intervjuade har utifrån sina erfarenheter hur de hanterat pandemin, vissa lärdomar som kan vara angeläget att ta med sig inför eventuellt kommande kriser. Här nämns till exempel insikten i att arbeta flexibelt och att det, trots en byråkratisk organisation, ändå finns goda förutsättningar att hantera snabbt förändrade förutsättningar i ett skarpt läge. Så här beskriver en socialarbetare detta:

Vikten av att vara flexibel och öppen för att pröva nya tillvägagångssätt och metoder i arbetet. Tidigare så kunde jag tycka att det var lite jobbigt det där med förändringar i verksamheten.... men efter att ha arbetat i en tid där så mycket är osäkert så har min inställning nog ändrats kring det. Jag upplever att det är mycket som nu går snabbare att ställa om kring även saker som inte rör anpassningar utifrån corona. Och det tror jag också är bra förutsättningar ifall det skulle vara nåt liknande som inträffade i framtiden liksom att, nu, nu vet jag lite hur jag kan förhålla mig och också mer vad som förväntas av mig i en sådan här kris. Jag tror att ifall det är så att det här skulle ske igen att både jag och liksom verksamheten i stort kommer reagera snabbare och ja men trygga verksamheten på ett mer effektivt sätt (SA6).

En annan av de intervjuade uttrycker detta så här:

Alltså vi är vana också inom socialtjänst. Vi är politiskt styrda så att det kan snabbt bli liksom andra saker så vi är väldigt vana med att liksom hantera snabba omställningar. Och samtidigt så kom det här också i en veva när vi införde nytt handläggningssätt att arbeta i vårt verksamhetssystem. Så det kom samtidigt så det var väldigt mycket som skedde här samtidigt och att man inte fick träffa den enskilde. Men som sagt min

erfarenhet är att vi är otroligt duktiga på att ställa om. Men hantera liknande situationer i framtiden, ja det är väl just det att vi vet vad som kan hända och att man behöver snabbt liksom vidta åtgärder och jobba på ett annat sätt eller (SA5).

Det förefaller som socialarbetarna, åtminstone så här i efterhand, uppfattar att pandemin bidragit till att många uppfattar sig stärkta i att hantera kriser och omställningar. Här nedan följer ett axplock beskrivningar kring vad de intervjuade uppfattar varit utvecklande och vad de fått syn på:

Vetskapen om hur, hur i behov man är av varandra och liksom närhet eller vad ska man säga, att få se att få prata. Och det är väl det man märker liksom i dialogen med de vi är till för också att det är otroligt ensamt och då har man ju liksom en ödmjukhet för vilka behov vi egentligen har (SA4)

Att kunna hantera att vara i en ovisshet på nåt sätt och kunna handskas och möta våra medborgare ändå även fast man själv kanske inte alltid har vetat exakt vad nästa steg ska vara utifrån osäkerheten kring hur vi ska jobba i pandemin (SA9)

Många har en social isolering, den lilla bubblan man är i, värdet av familjen och relationerna har ju vårdats på ett annat sätt mot när det går i 180. Det har ju gjort oss närmre att samverka och hjälpa till...Så det här med att samverka och gå över gränser, det har jag också gått mer in i. (SA7)

Det man växer av som socialarbetare det är ju att man märker att alla hjälps åt oavsett vad det är. Att vi har kontakt med sjukvården eller om vi har kontakt med de som levererar mat, vad det än är så tycker jag att man har en förståelse för varandra och att man liksom jobbar framåt tillsammans och det tycker jag också att man växer av (SA2).

Eftersom planer snabbt kan ändras utifrån nya riktlinjer exempelvis och ställas in på grund av någon som har symptom tycker jag, har varit en stor utmaning för mig för att jag har annars lätt att få för höga förväntningar och liksom att planera för långt fram. Så att det är något som jag absolut upplever att jag har fått träning i. Så i de delarna tycker jag att jag har fått växa som människa och socialarbetare. (SA6)

Jag har vuxit jättemycket utifrån mitt ledarskap tycker jag, tryggheten att kunna hantera en krissituation som ingen människa kan tro att det blev på det här sättet. Oerhört glad och tacksam för att det blev så bra som det blev. Jag vill nog säga att jag har vuxit i min trygghet och i min ledarskapsroll (SA8).

Citaten ovan pekar, som tidigare nämnts, på att de som arbetat med människor som är marginaliserade, utsatta och sårbara under pandemin funnit olika vägar för att genomföra arbetet: samarbete/samverkan över organisatoriska gränser, att arbeta i stor osäkerhet, insikten i vad pandemin inneburit i form av isolering för utsatta grupper. Några av de intervjuade uttrycker särskilt insikten om och vikten av direkt interaktion människor emellan och samarbete är något som varit utvecklande och stärkt dem.

Sammanfattande diskussion

Ingången i den här studien har varit att utifrån socialarbetarnas horisont undersöka hur det sociala arbetet med människor i behov av stöd och hjälp från socialtjänsten påverkats av pandemin. I detta avsnitt kommer studiens resultat att diskuteras.

Intervjuerna pekar på att det som är gemensamt, oavsett verksamhet, är hur medvetenheten sakta ökade över tid och det var särskilt när dagliga presskonferenser började ges och dödligheten ökade som insikten att det var allvar blev tydlig och att det krävdes handling. Något annat som är gemensamt är den snabba omställningen till tekniska lösningar, där så varit möjligt. En ytterligare aspekt där gemensamma svar kan urskiljas handlar om att de intervjuade ger uttryck för att de uppfattar att de lärt sig något, blivit mer krismedvetna och samtidigt vuxit i sin yrkesroll. Det finns emellertid en verksamhet som "sticker ut" särskilt när det kommer till svar som avviker från de övriga verksamheterna och det är äldreomsorgen. Särskilt värt att nämna här är att vissa av de äldre som haft omsorgsinsatser från hemtjänsten vägrat att ta emot hjälp av rädsla för smitta samt att omsorgsboendet fick styra själva i att ordna fram skyddsmaterial för att skydda de äldre. Detta ligger i linje med vad som framkommit i Coronakommissionens rapport (SoU 2020:80) som riktat stark kritik mot att det saknats beredskap när det gäller att värna särskilt sårbara grupper. Vi återkommer till den diskussionen i nästa avsnitt. Det som är nytt handlar om att även om det funnits tekniska och stödande strukturer för digitala lösningar så forcerade och påskyndade pandemin desamma. Det kan i sin tur leda till att socialarbetare, i de situationer där det är rimligt, i högre utsträckning än tidigare kommer att nyttja digitaliseringsmöjligheterna. I nästkommande avsnitt kommer vi lyfta diskussionen till en mer generell nivå.

Beredskap och proaktivitet - en chimär som synliggör välfärdsstatens kollaps

Något som kan konstateras utifrån intervjumaterialet är att det inte fanns någon beredskap, varken på nationell eller lokal nivå (testning, smittspårning, skyddsutrustning), trots initiala signaler om motsatsen från såväl regering som Folkhälsomyndigheten (SOU 2020:80; 2021:89 Volym 1&2; Läkartidningen 2020-02-25). Det kan tyckas anmärkningsvärt i ett land som historiskt har haft god förmåga att med en proaktiv ansats samhällsplanera – genom t.ex. folkhälsoarbete på nationell nivå, genom ett generellt socialförsäkringssystem, tillgång till insatser för dem i behov av hjälp och stöd – för att skydda invånarna från olika typer utsatthet och kriser (se t.ex. Esping-Andersen, 1990; Lapidus, 2015). I det här fallet - i ett skarpt läge – går det, som nämns i inledningen, att tala om att pandemin synliggjort välfärdsstatens sammanbrott eller kollaps. Covid-pandemin avslöjade de strukturella och institutionella bristerna som nyliberaliseringen av det svenska samhället i allmänhet och av hälsovård och socialtjänsten i synnerhet har skapat. Den svenska välfärdsstaten levde länge på sitt rykte medan den som ett resultat av nyliberalisering successivt har genomgått stora förändringar. Det har varit en paradoxal situation där både tilliten till nationella myndigheter varit hög från stor del av invånarna samtidigt som många marginaliserade, utsatta och sårbara människor fallit offer för pandemin. Tilliten till nationella myndigheter visar sig i intervjumaterialet där socialarbetarna initialt litade på den information som kom från detta håll, men över tid fick socialarbetarna och verksamheterna själva finna lösningar för att kunna genomföra det sociala arbetet med marginaliserade, utsatta och sårbara människor. I vissa fall - som äldreboendet – överskreds såväl budget och rekommendationer (som inte fanns på plats) för att kunna skydda såväl omsorgspersonal som de äldre från smitta.

Individualisering och omorganisering

Något annat som vårt intervjumaterial pekar på är att när väl pandemin var och faktum och rekommendationer kom på plats blev de primärt och huvudsakligen fokuserade på individens beteende. Rekommendationerna som riktades mot befolkningen kan ses som ett uttryck för den nyliberala välfärdsstatens principer där allt större fokus riktas mot individens ansvar för sitt eget välbefinnande och att undvika risker (se Beck & Beck-Gernsheim, 2001; Beck 2018).

Handlingstrategierna inom de verksamheter där intervjuerna genomförts blev på så vis tredelad: först för individen att skydda sig själv, sedan arbetsgruppen/organisationen och sist förändra organiseringen för att kunna utföra det sociala arbetet med människor i behov av stöd och hjälp. Intervjumaterialet visar emellertid att förmågan att ställa om organiseringen av det sociala arbetet lett till en förändrad inställning till t.ex. plats, rum, till digitalisering och att nya rutiner och arbetssätt utvecklats (se t.ex. Ellström, 2010) som i många avseenden inte heller betraktas som negativa.

Trots positiva och uppfinningsrika initiativ från socialarbetare som jobbar med marginaliserade och de mest utsatta grupperna, är möjligheterna för dem att möta det växande behovet av sociala insatser begränsade. Det behövs framförallt strukturella insatser för att förstärka välfärdsstaten och hejda marknadsanpassningen av hälsovård och socialt för att motverka olika (nyliberala) kriser.

REFERENSER

Andersson, Katarina & Kvist, Elin (2015) The neoliberal turn and the marketization of care: The transformation of eldercare in Sweden. *European Journal of Woman's Studies*, Vol 22(3), 274–287.

Astvik, Wanja; Melin, Marika & Allvin, Michael (2014) Survival strategies in social work: A study of how coping strategies affect service quality, professionalism, and employee health. *Nordic Social Work Research*, 4(1), 52-66.

Axelsson, Tobias K.; Callerstig, Anne-Charlott; Sandström, Lina & Strid, Sofia (2021) RESISTIRE D4.1 Qualitative indications of inequalities produced by COVID-19 and its policy responses. 1st cycle summary report. Örebro universitet. ZENODO. <https://www.forskning.se/2021/11/08/politik-mot-corona-drabbar-kvinnorna/>

Beck, Ulrich (1998). Vad innebär globaliseringen? Missuppfattningar och möjliga politiska svar. Göteborg: Daidalos.

Beck, Ulrich (2018) Risksamhället. Göteborg. Bokförlaget Daidalos.

Beck, Ulrich & Beck-Gernshim, Elisabeth (2001) Individualization - Institutionalized individualism and its social and political consequences. UK. Sage Publications Inc.

Bergmann, Sigurd (2020) Viruspolitik i en totalitär demokratur. Dagens arena. <https://www.dagensarena.se/essa/viruspolitik-en-totalitar-demokratur/>

Delmi (2020) Miljonprogram, Migranter och utsatthet för Covid-19. Retrieved from: <https://www.delmi.se/delmi-podden/avsnitt-1-ojamlik-overdodlighet-av-covid-19/>

Edebalk, Per-Gunnar (2007) Sjukförsäkring och sjuklön. Om statliga beslut och arbetsmarknadens organisationer. *Historisk tidskrift*, 127:1, 45–69.

Eliassi, Barzoo (2015) Constructing cultural otherness within the Swedish welfare state: The cases of social workers in Sweden. *Qualitative Social Work*, 14(4), 554–571.

Ellström, Per-Erik (2010) Practice-based innovation: a learning perspective. *Journal of Workplace Learning*, Vol 22(1/2), 27–40.

Esaiasson, Peter; Sohlberg, Jacob; Ghersetti, Marina & Johansson, Bengt (2021) How the coronavirus crisis affects citizen trust in others. Evidens from 'the Swedish experiment'. *European Journal of Political Research* 60, 748–760.

Esping-Andersen, Gösta (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton University Press.

Ferguson, Iain; Ioakimidis, Vasilios & Lavalette, Michael (2018) *Global social work in a political context: Radical perspectives*. Bristol: Policy Press.

Foucault, Michel (2018) *Övervakning och straff – fängelsets födelse*. (5:e uppl.) Lund. Arkiv förlag A/Z förlag.

Granberg, Mikael; Rönnblom, Malin; Padden, Michaela; Tangnäs, Johanna & Öjehag, Andreas (2021) Debate: Covid-19 and Sweden's exceptionalism—a spotlight on the cracks in the social fabric of a mature welfare state. *Public Money & Management*, Vol 41(3), 223–223.

http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2020/12/SOU_2020_80_Äldreomsorgen-under-pandemin_webb.pdf

https://www.regeringen.se/4aae77/contentassets/e1c4a1033b9042fe96c0b2a3f453ff1d/sverige-under-pandemin-volym-1_webb-1.pdf

https://www.regeringen.se/4aae80/contentassets/e1c4a1033b9042fe96c0b2a3f453ff1d/sverige-under-pandemin-volym-2_webb-1.pdf

Jönsson, Jessica H. (2013) Social work beyond cultural otherisation. *Journal of Social Work Research*, 3(2), 159–167.

Jönsson, Jessica H. (2015). The contested field of social work in a retreating welfare state: the case of Sweden. *Critical and Radical Social Work*. 3(3), 357-374.

Jönsson, Jessica H. (2019) Servants of a 'sinking Titanic' or actors of change?: contested identities of social workers in Sweden, *European Journal of Social Work*, 22(2), 212-224.

Jönsson, Jessica H. & Heggem Kojan, Bente. (2017) Social justice beyond neoliberal welfare nationalism: Challenges of increasing immigration to Sweden and Norway. *Critical and radical social work*. 5 (3), 301–317.

Kamali, Masoud. (2008) *Racial Discrimination: Institutional Patterns and Politics*. London: Routledge.

Kamali, Masoud. (2015) *War, Violence and Social Justice: Theories for social work*. London: Routledge.

Kamali, Masoud. (2021) *Neoliberal Securitisation and Symbolic Violence: Silencing political, academic and societal resistance*. Cham: Palgrave Macmillan.

Kamali, Masoud. & Jönsson, Jessica. H. (2018) *Neoliberalism, Nordic Welfare States and Social Work: Current and future challenges*. London: Routledge.

Läkartidningen (2020) *Bedömningen att beredskap mot covid-19 är god ifrågasätts*. 2020-02-25 <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2020/02/bedomningen-att-beredskap-mot-covid-19-ar-god-ifragasatts-av-lakare/>

Lapidus, John (2015) Social Democracy and the Swedish welfare model. Ideational analyses of attitudes toward competition, individualization, privatization. Akademisk avhandling. Göteborgs universitet.

Lauri, Marcus (2019) "Mind your own business: technologies for governing social worker subjects. *European Journal of Social Work*, 22(2), 338-349.

Listerborn, Carina (2018) *Bostadsjämlighet. Röster om bostadsnöden*. Stockholm: Premiss.

OECD (2013) Factbook: Economic, Environmental and Social Statistics. Retrieved from: https://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-factbook-2013_factbook-2013-en

OECD (2016) Factbook 2015-2016). Retrieved from: https://www.oecd-ilibrary.org/economics/data/oecd-factbook-statistics/oecd-factbook-2015-2016_39c5fe79-en

Östman, Caroline. (2019) Unaccompanied refugee minors and political responses in Sweden: Challenges for social work. (Doctoral thesis). Östersund: Mid Sweden University.

Prado, Svante (2018) Inkomstfördelning, tillit och välfärdsstaten: en historisk tillbakablick. *Socialmedicinsk tidskrift* 3/2018.

Robertson, Roland. (1992). *Globalization: Social Theory and Global Culture*. London: Sage.

Samzelius, Tove. (2020). A vicious circle of silent exclusion: Family homelessness and poverty in Sweden from a single-mother perspective. Doktorsavhandling, Malmö universitet.

Skolverket (2019) *PM-Slutbetyg i grundskolan våren 2019*. Dnr: 5.1.1–2019:1342. Stockholm: Skolverket.

Socialstyrelsen (2020) Ny statistik om smittade och avlidna i covid-19 bland äldre. <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/ny-statistik-om-smittade-och-avlidna-i-covid-19-70-ar-och-aldre/>

SOU 2020:47 (2020) Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag. Stockholm: Fritzes.

SOU 2020:80 Äldreomsorgen under pandemin. Delbetänkande av Coronakommissionen.

SOU 2021:89 Sverige under pandemin. Sjukvård och folkhälsa. Volym 2.

SOU 2021:89 Sverige under pandemin. Smittspridning och smittskydd. Volym 1.

Questo libro è il risultato di una ricerca internazionale, realizzata tra gli anni 2020 - 2022, finanziata da IASSW-AIETS, che ha coinvolto ricercatori provenienti da Argentina, Brasile, Italia, Spagna e Svezia. Lo studio ha superato le sfide linguistiche e culturali, utilizzando metodologie che hanno promosso l'interazione tra i partecipanti, inclusa la traduzione simultanea nelle riunioni online. Gli intervistati sono stati integrati come analisti, contribuendo a un processo collaborativo durante la pandemia di Covid-19, riconoscendo l'importanza della partecipazione attiva di tutti.

I capitoli del libro riguardano l'analisi della situazione socio-politico-sanitaria di ciascun Paese, la presa di coscienza degli assistenti sociali di fronte alla pandemia e le risposte teoriche e pratiche date durante l'emergenza. La presentazione della ricerca in questo libro segue una matrice metodologica tripartita: dimensione etico-politica, teorico-metodologica e tecnico-operativa, analizzando gli impatti di tali azioni sulla formazione e sulla pratica professionale. Pubblicato in

Svensson, Göran & Rodriquez, Rocio (2021) A Laissez-Faire Strategy Marked by Blinkers to Fulfill Established Pandemic Goals–The Case of Sweden. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, doi.org/10.3390/ijerph18189551

Tomlinson, John (1999). *Globalization and Culture*. Chicago: University of Chicago Press.

Wingborg, Mats (2019) Fler otrygga jobb och färre fackligt anslutna: Statistik och analyser för åren 2005–2018. Stockholm: Arena Idé.

