



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di Laurea Magistrale in

Lavoro, cittadinanza sociale, interculturalità

Tesi di Laurea

Implicazioni etiche del servizio sociale

L'etica del servizio sociale in relazione all'etica medica

Relatore

Prof. Fabrizio Turoldo

Correlatrice

Prof. Marilena Sinigaglia

Laureanda

Michela Rallo

Matricola 873805

Anno Accademico

2022 / 2023

*Vorrei dedicare questa tesi a tutte quelle persone
che passo dopo passo sono entrate nella mia vita.*

Al mio relatore, che mi ha fatto scoprire l'affascinante mondo dell'etica,

Alla mia correlatrice, che ha deciso di seguirmi in questo progetto senza esitazione,

Alle persone che ho intervistato, che hanno condiviso con me la loro esperienza,

Ai miei genitori, che mi hanno sempre sostenuta in ogni scelta io prendessi,

Ai miei nonni, che hanno sempre cercato di spronarmi a dare il massimo,

Ai miei amici, che sono sempre stati presenti nei momenti belli e brutti,

Alla me stessa presente, che sta cercando di rendere i suoi sogni realtà.

INDICE

Introduzione	7
Capitolo 1 – Storia dell’etica	11
1.1. Etica e morale	11
1.2. Nascita della morale	12
1.3. Nascita dell’etica	14
1.4. Etica cristiana e medievale	16
1.5. Etica moderna	18
1.6. Etica nel Novecento	24
1.7. Etica e morale oggi	25
Capitolo 2 – Etica nel servizio sociale	26
2.1. Brevi cenni storici della professione	26
2.2. Evoluzione dell’etica e della morale nel servizio sociale	27
2.2.1. Prima fase: la fase pioneristica	28
2.2.2. Seconda fase: la fase professionale	28
2.2.3. Terza fase: la fase dei Codici Deontologici	29
2.2.4. Quarta fase: la fase di riflessione critica	30
2.2.5. Quinta fase: la fase digitale e di integrazione multidisciplinare	31
2.2.6. Sesta fase: la fase della pandemia Covid-19	32
2.3. Etica nel servizio sociale in relazione all’etica medica	35
Capitolo 3 – L’asimmetria di potere	37
3.1. Introduzione ai capitoli teorici e pratici	37
3.2. Definizione di asimmetria di potere	37
3.3. Asimmetria di potere nelle professioni	38

3.4. Come mitigare l'asimmetria di potere	41
3.5. L'asimmetria di potere nella pratica	45
Capitolo 4 – Potere decisionale e responsabilità	65
4.1. Potere decisionale nelle professioni.....	65
4.2. Principio di autodeterminazione	67
4.3. L'autodeterminazione nella pratica	75
4.4. Principi guida	81
4.5. Supportare il processo decisionale nella teoria e nella pratica	87
4.6. La valutazione delle decisioni	95
4.7. Responsabilità del professionista	96
Capitolo 5 – Dimensione personale ed emotiva del professionista	100
5.1. L'importanza della dimensione personale ed emotiva del professionista	100
5.2. Sfera emotiva rispetto al tema della responsabilità	100
5.3. L'errore	104
5.4. Valori e religione	107
Conclusioni	109
Bibliografia.....	113
Sitografia	117

INTRODUZIONE

Questa tesi di laurea magistrale è nata a seguito di un processo che mi ha portata sempre di più alla consapevolezza di quanto sia importante l'etica nel mondo del servizio sociale. Dopo aver svolto la tesi triennale, sempre guidata dal professor Tuoldo sui Comitati Etici per la Pratica Clinica, e aver partecipato ad una *Summer School* di Bioetica presso la VIU (*Venice International University*), mi sono resa conto di quanto fosse importante riflettere sull'etica e sulla morale, concetti che si ritrovano non solo all'interno delle professioni, ma anche nella quotidianità.

Questi concetti sono spesso relazionati all'ambito sanitario, tanto che è nata la disciplina della Bioetica, che si occupa appunto delle questioni morali legate alla ricerca biologica e alla medicina.

Facendo ricerche per la mia tesi triennale, e partecipando alla *Summer School* di Bioetica, mi sono però resa conto che molte delle tematiche che venivano affrontate in campo medico avrebbero potuto benissimo essere trasposte al mondo del servizio sociale.

A quel punto mi sono chiesta quali fossero le analogie e differenze tra l'etica del campo medico, la bioetica appunto, ed un'etica più sociale, che potremmo definire *socioetica*, riprendendo, ma anche superando, la definizione proposta da A. De Vita:

La socioetica rappresenta l'etica sociale basata sul principio dell'ordine sociale fondamentale. Da un lato, questo principio esprime la necessità che ogni comunità sia dotata di un'organizzazione di base, seppur minima, necessaria per sopravvivere e operare. D'altra parte, la necessità che ogni comunità tenga conto anche degli interessi di dignità degli esseri umani che la compongono. Ai doveri socioetici di base che tutti gli esseri umani sono chiamati a conoscere e osservare, vanno peraltro aggiunti anche i doveri socioetici integrativi che interessano gli operatori in relazione alla loro specifica attività. Compresa quella relazionale in settori di interesse generale quali i rapporti familiari, la comunicazione interpersonale e l'apprendimento permanente ¹.

Il termine socioetica rappresenterebbe una combinazione tra "sociale" ed "etica", per riferirsi all'intersezione tra aspetti sociali ed etici. Tale "ambito" potrebbe esplorare come

¹ A. De Vita, *Socioetica relazionale: doveri sociali fondamentali della vita quotidiana*, edizione Kindle, codice ASIN: B09DJ7G5FD, 2021.

le questioni etiche e morali influenzano e sono influenzate dalle dinamiche sociali, dalle strutture sociali, dalle istituzioni e dai comportamenti collettivi della società.

Però, mentre A. De Vita si concentra anche sulla dimensione della quotidianità, in questa tesi l'attenzione sarà posta in particolar modo sulle questioni etiche e morali insite nelle professioni di assistente sociale e medico.

La decisione di analizzare le analogie tra queste due professioni non è stata presa solamente sulla base della mia esperienza, ma è stata anche confermata dagli studi sulla letteratura, preliminari all'inizio della stesura della tesi. Infatti, l'etica considerata la più simile a quella del servizio sociale, è proprio quella medica.

Ci si potrebbe domandare perché si dovrebbe parlare di un'etica "simile", quando comunque il servizio sociale è una professione a sé stante, con le proprie specificità e quindi con anche un'etica specifica, particolare e diversa da tutte le altre.

La motivazione è semplice e riguarda il fatto che la letteratura in merito all'etica del servizio sociale è ancora molto povera, in particolare quella italiana. Proprio per questo molti professionisti per trovare risposte ai loro dubbi si sono rivolti altrove, volgendo lo sguardo alla letteratura di altre discipline, tra cui prevalentemente quella medica.

Prima di entrare nel merito delle questioni più centrali di dibattito morale ho ritenuto necessario dedicare un primo capitolo alla nascita e sviluppo dell'etica. Infatti, prima di parlare di crisi, responsabilità, bene, male, giustizia e molto altro, bisogna comprendere l'origine di tali discussioni, origine che è legata alla Grecia antica, la culla della civiltà occidentale.

In un secondo capitolo invece ho voluto riprendere in maniera sintetica le origini del servizio sociale, tracciandone la storia in relazione all'evoluzione etica. Verranno dunque presentate diverse fasi, ciascuna accompagnata dalle sue specificità, fino ad arrivare a quella attuale che è caratterizzata da tutte le conseguenze che ha portato la pandemia da COVID-19. Per la stesura di questo capitolo e, soprattutto, per la definizione delle fasi presentate, mi sono rivolta ad una letteratura estera, in particolare anglosassone ed americana, in quanto non esistono, salvo poche eccezioni, libri ed articoli in italiano su questo.

Dal terzo capitolo invece si cominciano ad analizzare le tematiche di discussione etica. Ai fini di queste analisi ho reputato importante andare oltre alla sola teoria, cercando anche di coniugare il sapere pratico, intervistando medici e assistenti sociali.

La ricerca qualitativa presenta un campione ristretto di 10 persone, tra cui 5 medici e 5 assistenti sociali e le interviste non hanno l'obiettivo di generalizzare le risposte trovando

regole e principi generali (non è compito della ricerca qualitativa farlo). Le testimonianze hanno piuttosto l'obiettivo di mostrare come tematiche complesse, quali le questioni e i dilemmi etici, vengono vissute dai professionisti nella quotidianità. Inoltre, ho deciso di intervistare sia medici che assistenti sociali per mostrare anche nella pratica, e non solo nella teoria, eventuali analogie e differenze.

Le interviste verranno riportate in forma anonima, inserendo solamente l'iniziale del nome, l'età e il servizio generico in cui lavorano, se necessario ai fini di comprensione dell'analisi. Ciò ha consentito ai professionisti di rispondere più liberamente alle domande, di parlare sia in modo positivo che in modo negativo del loro servizio e dei loro colleghi e anche di fare delle riflessioni su loro stessi.

Le interviste semi-strutturate esploravano gli stessi argomenti per entrambi i professionisti, con una sola distinzione: mentre ai medici parlavo di "pazienti", agli assistenti sociali parlavo di "assistiti". Aver indagato le medesime tematiche è stato un grandissimo punto di forza in quanto mi ha consentito di confrontare le risposte. Al termine dell'intervista i professionisti erano poi liberi di aggiungere eventuali elementi ed informazioni, andando così ad arricchire e comprendere ancora più a fondo le specifiche della loro professione.

Il terzo capitolo si concentra sulla tematica dell'asimmetria di potere, presentando prima una definizione generica del concetto e poi andando ad analizzare nello specifico le ripercussioni che essa ha all'interno delle professioni. Ho cercato anche di indagare quelle che sono le modalità con le quali si va a mitigare l'asimmetria di potere, confrontando poi la teoria con il sapere pratico che mi hanno portato gli intervistati.

Il quarto capitolo analizza diverse tematiche, strettamente connesse tra loro, partendo dall'analisi di quello che è il potere decisionale del professionista. Si passa poi ad illustrare l'importante tema dell'autodeterminazione, che spesso è oggetto di dilemmi etici e conflitti tra principi. Successivamente vengono analizzati quelli che sono i principi guida di entrambe le professioni. Infine, si pone l'accento su quella che è la responsabilità del professionista, nelle sue varie sfaccettature.

Anche in questo capitolo, a coniugare gli aspetti teorici e quelli pratici, intervengono le interviste.

Infine, l'ultimo capitolo si occupa di una questione importantissima quanto delicata, ossia l'emotività dei professionisti e le implicazioni psicologiche di tutte queste tematiche etiche su di loro. È un capitolo che inizialmente era stato solamente ipotizzato ma, a

seguito delle interviste, ho reputato necessario andare ad indagare a fondo tale tematica che molto spesso viene considerata quasi un tabù.

La conclusione, che chiude la tesi, cerca di tirare le fila del discorso, non solo ripercorrendo in maniera sintetica i vari capitoli ma anche, e soprattutto, riportando quelli che sono i consigli pratici, le raccomandazioni e le speranze per il futuro delle professioni raccolte dagli intervistati stessi.

Questa tesi, infatti, non ha solamente l'obiettivo di andare a riempire il vuoto conosciuto rappresentato dall'etica nel servizio sociale italiano, ma anche di andare a fornire nuovi strumenti ai professionisti per supportare il loro lavoro, in particolar modo nei momenti più difficili e dilemmatici.

Non ho la presunzione di affermare di aver "inventato" nuovi strumenti da sola. Tutto ciò che ho scritto e riportato, in relazione al sapere pratico, è stato possibile solo grazie agli intervistati e al tempo che mi hanno dedicato.

CAPITOLO 1 – STORIA DELL’ETICA

1.1. Etica e morale

Il termine etica deriva dal greco antico *èthos*, “carattere”, “comportamento”, “consuetudine” e, nel linguaggio filosofico, indica ogni dottrina o riflessione speculativa intorno al comportamento pratico dell’uomo, soprattutto in quanto intende indicare quale sia il vero bene e quali i mezzi atti a conseguirlo, quali siano i doveri morali verso sé stessi e verso gli altri, e quali i criteri per giudicare sulla moralità delle azioni umane ².

Il termine viene spesso usato come sinonimo del termine morale, che deriva dalle parole latine *moralis* e *mos* “costume”, e riprendono il termine greco *èthos*, che fa riferimento al vivere pratico, in quanto comporta una scelta consapevole tra azioni ugualmente possibili, ma alle quali compete o si attribuisce valore diverso o opposto (bene e male, giusto e ingiusto) ³. La differenza sostanziale consiste quindi nel fatto che, mentre la morale indica un insieme di norme e di valori di un soggetto o gruppo in una determinata società e tempo storico (in quanto va a modificarsi negli anni e nelle diverse popolazioni), l’etica oltre a considerare ciò, prevede una riflessione speculativa intorno a queste norme e valori. Come affermano P. Fontana e S. Sangalli in *Etica e morale/ Differenze, analogie, puntualizzazioni lessicali per una corretta analisi. Quale destino nel deserto del nichilismo?* ⁴:

Pur partendo dallo stesso significato etimologico i due termini hanno seguito percorsi linguistici divergenti. Del resto Wittgenstein diceva che tutti i problemi filosofici in realtà sono problemi linguistici. [...] Tra i due vocaboli, “morale” è quello rimasto più fedele

² Definizione presa dal Dizionario Treccani, 2023. Dizionario online, disponibile al sito: <https://www.treccani.it/vocabolario/etica/> (Accesso del 01/02/2023). La definizione comprende poi una seconda parte: “In senso più ampio, complesso di norme morali e di costume che identificano un preciso comportamento nella vita di relazione con riferimento a particolari situazioni storiche: etica greca, etica cristiana; etica protestante. [...] In particolare l’etica professionale, l’insieme dei doveri strettamente inerenti alle attività professionali svolte nella società.”

³ Definizione presa dal Dizionario Treccani, 2023. Dizionario online, disponibile al sito: <https://www.treccani.it/vocabolario/morale1/> (Accesso del 01/02/2023). La definizione comprende diverse parti, tra cui una relativa nello specifico la filosofia: “Parte della filosofia che ha per suo oggetto l’azione e il comportamento dell’uomo, ne analizza i modi, le condizioni e i fini, spesso in relazione a leggi, principi o norme a cui tale comportamento si attiene o dovrebbe attenersi.

⁴ P. Fontana e S. Sangalli, *Etica e morale/ Differenze, analogie, puntualizzazioni lessicali per una corretta analisi. Quale destino nel deserto del nichilismo?*, Iuris Prudentes, 2015. Articolo online disponibile al sito: <https://www.iurisprudentes.it/2015/09/09/etica-e-morale-differenze-analogie-puntualizzazioni-lessicali-per-una-corretta-analisi-quale-destino-nel-deserto-del-nichilismo/> (Accesso del 01/02/2023).

all'accezione etimologica originaria. [...] Ne consegue che con il termine "morale" si intende un comportamento valutabile in termini di valore e di conformità. Un concetto assimilabile al cosiddetto "buon costume".

Il concetto di etica invece è ben più complesso e si distingue dalla morale anche perché si manifesta non solo nel terreno del singolo, quanto nelle relazioni con l'altro.

Questa accezione del termine riprende le parole del filosofo francese del Novecento Emmanuel Lévinas, che nel libro *Umanesimo dell'altro uomo*, affronta la tematica dell'incontro con l'alterità⁵. Secondo il filosofo, infatti, il confronto con l'altro, ed in particolare con il suo volto, portano a ripensare ai fondamenti del proprio essere e della propria cultura. Ciò comporta che per comprendere se stessi sia necessaria la comprensione dell'alterità ed estraneità dell'altro e questo rapporto è fondamentale per la conoscenza. Per Lévinas l'etica non è quindi un insieme di valori o principi, bensì una scoperta dell'alterità, dal momento in cui l'uomo vince il suo egoismo e si apre all'altra persona. Ogni incontro è esposto al rischio della non-comprensione e richiede la costituzione di una relazione di responsabilità, che fa sì che si lasci intatta la diversità, a favore di un'adesione all'altro nella sua alterità. Questo incontro non richiede ricompense e reciprocità, è un incontro maturo che porta alla condivisione e crescita.

1.2. Nascita della morale

Sebbene cenni del pensiero morale erano già presenti nei poemi epici quali l'Illiade e l'Odissea, la discussione etica, ossia la discussione relativa all'"agire per il bene", nasce nella Grecia antica secoli dopo, intorno al V secolo a.C., in un momento di trasformazione e di crisi del sistema dei vecchi valori. Ad Atene infatti si stavano sviluppando nuove classi emergenti che avrebbero sostituito la vecchia classe aristocratica terriera.

Sulla linea di tutti questi cambiamenti, i sofisti sviluppano la cosiddetta "filosofia della crisi" e pongono al centro della riflessione filosofica l'uomo. Non si cerca più quindi una verità assoluta e valida per tutti ma una relativa, connessa alle esperienze di vita di ciascuno. Questa visione relativistica del mondo viene applicata anche al campo della morale; dunque non esistono azioni buone o cattive in sé; ciascuna azione deve essere valutata caso per caso. Non esistono quindi principi immutabili nel comportamento morale e, per questo, i sofisti insegnano l'arte del vivere bene. Le virtù infatti non

⁵ E. Lévinas, *Umanesimo dell'altro uomo*, Il Nuovo Melangolo, Genova 1998.

dipendono più, come nel passato, dalla nascita, ma dal ricongiungimento della conoscenza alla pratica nella vita ⁶.

Socrate va contro a questa visione, insistendo sulla formulazione di principi morali che non fossero relativi ma assoluti. Per lui nessuno compie il male volontariamente, in questo senso è l'ignoranza a portare verso il male, mentre la conoscenza porta al bene ⁷.

Egli inoltre insiste molto sul dialogo, che alla base ha la consapevolezza di non conoscenza definitiva, un "sapere di non sapere" che apre però ad un desiderio di conoscenza. Attraverso l'arte dialettica, da lui denominata *maieutica*, arrivava a far "partorire" alle persone le loro verità. Non puntava quindi ad insegnare, ma ad aiutare. Questo metodo procedeva per confutazione di diverse ipotesi contraddittorie o infondate, che piano portavano a piccole verità. Attraverso questi dialoghi Socrate prendeva in esame concetti morali fondamentali e, per questo, viene riconosciuto come uno dei padri fondatori dell'etica e della filosofia morale ⁸.

Platone, allievo di Socrate, sente un forte legame con la *polis*, intesa come punto di riferimento della vita dell'individuo; per questo cerca di ricreare uno stato perfetto, a fronte delle crisi strutturali sopra citate. Per farlo lega il ruolo nella polis alla natura e anima di ciascuno. Divide lo stato su tre ruoli, ossia sulle tre virtù delle persone: la temperanza, ossia la capacità di controllare gli istinti corporei, propria del ceto produttivo; la forza e il coraggio, ossia la capacità di sacrificarsi per l'intera *polis*, propria dei guardiani dello stato ed infine la sapienza, ossia la conoscenza dei valori assoluti che guidano la pratica politica e la ricerca del bene, propria dei governanti filosofi. Quest'ultimi hanno la grande responsabilità di prendere decisioni per l'intera società e possono farlo solo nel caso in cui siano arrivati alla conoscenza dell'idea del bene, la suprema categoria pratica accessibile solo al termine di un lungo e faticoso sforzo del filosofo alla contemplazione della forma del bene ⁹.

Solo attraverso l'idea del bene si può arrivare alla felicità e il filosofo deve poi condividere la sua conoscenza per aiutare gli altri a raggiungere l'idea del bene stessa.

⁶ F. Cioffi, *I filosofi e le idee*, Mondadori, Milano 2004.

⁷ C. Clericetti, *Fra trascendenza e ragione: breve storia dell'etica*, in "Summa", 2003. Articolo online disponibile al sito: <http://nuke.carloclicetti.it/Brevestoriadelletica/tabid/370/Default.aspx> (Accesso del 01/02/2023).

⁸ A. Taylor, *Socrate*, Castelvechi Editore, Roma 2015.

⁹ Per spiegare questo percorso faticoso Platone utilizza il mito della caverna, contenuto nei passi de *La Repubblica*, a cura di G. Stelli, Armando Editore, Roma 2007.

Solo la divisione armoniosa delle persone dei diversi ruoli consente di sviluppare gli ideali di giustizia ed etica.

Platone cerca quindi di andare contro al relativismo sofistico, a favore di un principio assoluto e supremo, a cui tutti dovrebbero tendere, ossia l'idea del bene ¹⁰.

1.3. Nascita dell'etica

Aristotele, allievo di Platone, riconosce a Socrate di aver per primo indagato intorno alle virtù etiche e di aver tentato di darne definizioni generali.

Però, mentre la morale dei greci, come già prima accennato, ha un'origine antica quanto la loro società e comunque quanto i poemi epici, l'etica in senso proprio ha inizio solo con Aristotele ¹¹.

Nell'*Etica Nicomachea* Aristotele cerca da un lato di confutare l'idea del bene platonica e, dall'altro lato, di elaborare un proprio sistema di pensiero, una propria visione morale. Secondo Aristotele infatti non esiste un criterio unico di bene che sia valido per tutti, il bene è ciò a cui tendono tutte le azioni, ciò a cui tutto tende. Quindi ogni fine di ogni attività è chiamato bene.

Ne consegue che vi sono una molteplicità di fini, e quindi di bene, diversi tra loro. Ogni azione viene compiuta in vista di un fine e, il fine supremo in vista del quale vengono compiute tutte le azioni umane, è la felicità.

Essa si raggiunge quando si realizza propriamente la propria natura, che è legata alle virtù. L'uomo in particolare realizza se stesso attraverso tre forme di vita: edonistica, che è incentrata sulla cura del corpo e sulla ricerca dei piaceri; politica, che è incentrata sul rapporto con le altre persone ed infine quella teoretica, situata sopra le altre, che ha come scopo la conoscenza contemplativa della verità e consiste nell'esercizio dell'intelletto. Queste tre forme di vita si integrano fra loro, in quanto sono tre diverse potenzialità dell'anima, che Aristotele identifica con: anima vegetativa, anima sensitiva ed anima razionale.

In questo senso l'individuo deve arrivare a realizzare tutte le sue funzioni, sia quelle organiche, che quelle sensitive ed intellettive.

¹⁰ G. Quantica, *Platone: l'etica nella politica. Dialettica e pluralismo*, Osservatorio scientifico spirituale, Luglio 2020. Articolo online disponibile al sito: <https://www.pianetaindaco.it/platone-l-etica-nella-politica-dialettica-e-pluralismo/> (Accesso del 01/02/2023).

¹¹ M. Vegetti, *L'etica degli antichi*, Editori Laterza, Bari, 2010.

Sulla base di questa tripartizione vengono poi individuati i fini, le virtù a cui tendono le diverse parti dell'anima. Aristotele afferma:

La virtù è uno stato abituale che produce scelte, consistente in una medietà rispetto a noi, determinato razionalmente, e come vorrebbe a determinarlo l'uomo saggio, medierà tra due mali, l'uno secondo l'eccesso e l'altro secondo il difetto ¹².

All'anima vegetativa vengono attribuiti come scopi la salute ed il piacere.

All'anima sensitiva invece si associano le cosiddette virtù etiche. Esse vengono definite come disposizione virtuose del carattere, che permettono la vittoria della ragione sugli impulsi e si manifestano come abitudini che si sviluppano con l'esercizio.

La più importante di queste virtù è la giustizia, che interviene nel rapporto con gli altri e dà luogo a due differenti tipi di giustizia: distributiva, che riguarda la distribuzione degli onori in base ai meriti e commutativa, che regola lo scambio di parti di uguale valore.

Infine all'anima razionale, vengono attribuite le cosiddette virtù dianoetiche, che sono proprie dell'anima razionale e si dividono in virtù calcolative (arte e prudenza) e scientifiche (sapienza, che a sua volta si divide in scienza ed intelligenza). Le prime hanno una finalità pratica, mentre le virtù scientifiche mirano alla conoscenza della verità, senza prefiggersi altri obiettivi al di fuori della sapienza di per sé. Infatti la sapienza viene intesa dal filosofo come uno stile di vita slegato dalle finalità pratiche, caratteristico degli uomini filosofi. Possedere queste virtù però non basta.

Aristotele infatti va oltre al pensiero di Socrate, che riteneva che l'uomo scegliesse il male per ignoranza, a favore di una visione più complessa e legata al termine greco *akrasia* ¹³. Secondo il filosofo infatti generalmente chi ha chiari i propri obiettivi, agisce di conseguenza. Però può succedere che vi siano uomini che, dominati da altri impulsi e passioni, o con la ragione obnubilata e una capacità di giudizio poco efficace, non agiscano di conseguenza e prendano una via sbagliata, una via che non dovrebbero prendere e che viene considerata moralmente sbagliata e dannosa.

Quindi, oltre ad avere le virtù, è anche necessario saperle utilizzare nella conduzione di noi stessi verso la strada del bene ¹⁴.

¹² Aristotele, *Etica Nicomachea*, Edizioni Unicopli, Milano 2022.

¹³ Dal dizionario Treccani, 2023: *a-kratos* (assenza di forza), indica propriamente la mancanza di forza etica. Incapacità di dominio del proprio sé corporeo a cui segue una azione contraria alle credenze morali del soggetto.

¹⁴ P. L. Donini, *Etica in Aristotele*, Editori Laterza, Bari 1997.

L'etica aristotelica si occupa quindi delle azioni buone e dei beni pratici, ossia delle virtù e considera negativo l'ozio, il suo opposto, inteso come la peggiore condizione in cui possa versare l'individuo. Infatti l'ozio porta non solo ad azioni sbagliate, ma anche distoglie completamente l'uomo dalla realizzazione di sé.

Nella concezione filosofica di Aristotele anche le scienze sono molteplici. Infatti, oltre alle scienze contemplative e speculative (fisica e metafisica) e alle scienze poetiche (legate alle arti), il filosofo prende in considerazione anche le scienze pratiche, legate quindi all'agire e che hanno come oggetto il conseguimento del bene. Proprio grazie a questa suddivisione Aristotele arriva a definire per primo l'Etica, ossia la scienza che si occupa del carattere e del comportamento degli uomini. Definisce poi anche la Politica, intesa come scienza che struttura i diversi beni propri di ogni scienza ¹⁵.

Il filosofo riesce quindi a riconoscere autonomia ed importanza alla "filosofia pratica" e all'etica, anche se la considera strettamente connessa con la sfera politica.

È interessante notare come molte discussioni legate a tematiche etiche odierne traggano la propria origine proprio nella Grecia antica. Responsabilità, crisi, relativismo, assolutismo, bene e male, giustizia e molti altri sono temi che sono nati diversi secoli fa e sono discussi tutt'ora.

1.4. Etica cristiana e medievale

Il cristianesimo, religione originata dal giudaismo nel I secolo e fondata sulle predicazioni contenute nei Vangeli, ha uno stretto legame con la moralità, in quanto i comandamenti, che mirano all'acquisizione della personalità, vengono considerati manifestazioni della volontà divina nella natura umana. G. Cantillo in *Etica cristiana e mondo*, scrive:

La determinazione di contenuto del "fine ultimo religioso", ovvero del *summum bonum*, si articola in valori che, come tutti i valori etici, hanno un duplice lato: quello individuale e quello sociale. Il primo si riconduce all'idea della filiazione da Dio, che fa consistere nel rapporto della personalità con Dio la beatitudine, e il secondo si riconduce all'idea di una "comunità oltreumana" fondata sull'amore, che proviene da Dio e unisce gli uomini nel vincolo della fratellanza in Dio ¹⁶.

¹⁵ C. Natali, *Aristotele*, Carocci Editore, Roma 2014.

¹⁶ G. Cantillo, *Etica cristiana e mondo*, in "Etica e Politica XIV", pp. 103-117, Giannini Editore, Napoli 2012.

La Bibbia, infatti, non presenta istruzioni dettagliate su cosa “fare” o “non fare”, ma fornisce istruzioni sul come bisognerebbe vivere e affrontare i problemi etici che ci si pongono dinanzi.

In ultima istanza tutti i comandamenti si riassumono nel precetto fondamentale dell’amore, inteso come quello fondamentale per essere cristiani.

Il cristianesimo, ed in particolare la sua etica e morale, sono stati oggetto di grandi critiche, in particolare da parte del filosofo ottocentesco Friedrich Nietzsche, ma anche da David Hume ed Immanuel Kant.

In particolare veniva criticata l’incoerenza nella Bibbia e la costante minaccia dell’Inferno e della dannazione eterna in caso di comportamenti negativi che non rispettassero i comandamenti. Secondo alcuni ciò fa avvicinare l’etica cristiana ad un’etica utilitaristica e dunque, alla base delle azioni moralmente corrette dei cristiani, vi sarebbe solamente il desiderio di salvare se stessi dalla dannazione eterna ¹⁷.

In ogni caso l’etica cristiana aggiunge elementi fondamentali alla riflessione sull’etica, quali l’amore e il rispetto di Dio e dell’uomo, condizioni necessarie per essere cristiani.

Un tentativo di fare una sintesi tra l’etica cristiana e quella classica di Socrate, Platone ed Aristotele, è dato da San Tommaso D’Aquino, religioso, teologo e filosofo italiano vissuto durante il Medioevo. Secondo il filosofo il fine ultimo per cui l’uomo agisce è sì la felicità, però essa non può essere raggiunta attraverso i beni materiali, in quanto sono limitati e momentanei. Una volta raggiunti infatti ci si rende conto di quanto siano limitati e quindi se ne desiderano degli altri per essere davvero felici. In questo senso la felicità non può essere raggiunta attraverso un bene finito, è necessario un bene che sia infinito, che una volta posseduto appaghi il desiderio di felicità. Questo bene infinito coincide con la conoscenza di Dio, che richiede, per essere raggiunta, di due elementi: da un lato l’intelletto e dall’altro lato la volontà, elementi che distinguono l’essere umano, in quanto dotato di ragione, dall’animale.

¹⁷ Dizionario Treccani, 2023. Dizionario online, disponibile al sito: <https://www.treccani.it/vocabolario/ricerca/Utilitarismo/> (Accesso del 01/02/2023). Il termine utilitarismo indica la teoria che fonda la morale sull’utilità, in quanto afferma che la vera utilità dell’individuo non può non accordarsi sempre con l’utilità generale. L’utilitarismo pone come punto di partenza l’affermazione che è una condizione della natura umana il pensare prima di tutto al proprio interesse: la moralità consiste nel riconoscere che il maggiore utile proprio del singolo coincide con l’utile altrui. Il termine “utilitarismo” fu usato per la prima volta da J. Bentham, che con esso designò il carattere fondamentale del proprio sistema filosofico. Il termine venne associato non solo a certi aspetti dell’etica cristiana, ma anche all’etica antica, in particolare per il suo carattere eudemonistico.

Mai nessuno come lui era riuscito a coniugare senza forzature fede e ragione, riuscendo ad elaborare un codice etico comune, affinché gli esseri umani potessero dialogare in amicizia ¹⁸.

Anche il filosofo italiano Giovanni Pico della Mirandola, vissuto anch'egli intorno al 1400, ha tentato di conciliare religione e filosofia, cercando inoltre di riconciliare aristotelismo e platonismo in una sintesi superiore. Al centro della sua ideologia vi è il tema della dignità e libertà umana. Secondo il filosofo infatti l'uomo non ha una natura determinata da Dio, è libero di determinarsi in base alla propria volontà, libero di forgiare da sé il proprio destino. È quindi fondamentale la libertà dell'uomo di autodeterminarsi, di scegliere cosa diventare e come agire ¹⁹.

1.5. Etica moderna

L'etica antica aveva come fine generale la ricerca della felicità. Perciò alla domanda “perché dovrei agire moralmente”, gli antichi avrebbero risposto “perché solo così sarai felice”.

Immanuel Kant segna un cambio di prospettiva, una nuova risposta: “devi agire così perché è tuo dovere” ²⁰.

Il filosofo tedesco, vissuto a cavallo tra l'Illuminismo del XVIII secolo e il Romanticismo del XIX secolo, ha concentrato i suoi studi e le sue opere sulla ricerca critica intorno alle condizioni del conoscere. Per questo egli non si concentrava sul che cosa l'uomo conosce, ma sul “come” lo fa. Alla base vi è la ragione, che dirige la conoscenza e le azioni. Proprio per questo il filosofo si occupa della cosiddetta ragione pratica.

Nella *Critica della ragion pratica* sottopone appunto ad una critica la ragione pratica, che si divide in ragione “empirica” pratica, ancorata all'esperienza e che opera sulla base della sensibilità, e ragione “pura” pratica, che non dipende dall'esperienza ed è innata e perfetta.

Quest'ultima, viste le sue caratteristiche, non ha bisogno di essere sottoposta a critica in quanto si comporta in modo perfettamente legittimo. Quello che critica il filosofo è infatti

¹⁸ W. Kluxen, C. Vigna, *L'etica filosofica di Tommaso D'Aquino*, Presentazione, Vita e pensiero, Milano 2004.

¹⁹ A. Sartori, *Giovanni Pico Della Mirandola, filosofia, teologia, concordia*, Edizioni Messaggero Padova, Padova 2017.

²⁰ M. Vegetti, *L'etica degli antichi*, Editori Laterza, Bari 2010. L'etica di Kant viene infatti definita un'etica prescrittiva o deontologica (dal greco *déon* che significa dovere), si occupa quindi non di come gli uomini si comportano, ma di come piuttosto essi dovrebbero comportarsi.

il fatto che la ragione pratica resti ancorata all'esperienza e al sensibile, e quindi alla parte "empirica".

Quando agiamo e prendiamo una scelta morale, intervengono due elementi: uno a posteriori, frutto dell'esperienza e uno a priori, puro, su cui dovremmo invece più concentrarci. Agendo guidati dall'esperienza non seguiamo le leggi universali che, secondo Kant, sono già presenti dentro di noi e sono deducibili grazie alla ragione.

L'obiettivo del filosofo, attraverso questa Critica, è proprio quello di trovare una legge morale a priori, valida per tutti e per sempre e che prescindendo da ogni contenuto ed esperienza sensibile.

Questa legge morale è inoltre legata alla libertà di agire dell'uomo, intesa come il primo presupposto della vita etica.

Secondo Kant l'agire morale è caratterizzato da una dimensione di bidimensionalità, nel senso che si concretizza in una lotta perenne tra la ragione e la sensibilità.

La ragione si presenta all'uomo come un "imperativo", ossia come un comando che richiede di sacrificare gli impulsi sensibili dell'uomo a favore di un agire morale. Dopo aver distinto diversi tipi di imperativi il filosofo afferma che la legge morale sia legata ai cosiddetti imperativi categorici, che ordinano il dovere in modo incondizionato.

Un comportamento, per essere ritenuto morale, deve superare il "test della generalizzabilità", un agire in modo che la massima della volontà possa sempre valere nello stesso tempo come principio di una legislazione universale. Inoltre bisogna rispettare la dignità umana, degli altri e anche la propria, le persone non devono essere considerate come semplici mezzi per le passioni e l'egoismo ²¹.

Per Kant ci devono essere anche l'intenzione e la volontà di agire moralmente, non volte ad un fine utilitaristico ma ad un fine giusto in sé e per sé. Infatti ad essere veramente morale dev'essere la volontà disinteressata che ci porta ad agire in un modo piuttosto che in un altro ²².

La morale è poi legata al dovere, nel senso che ogni individuo, davanti ad una scelta morale, percepisce il dovere e la necessità di scegliere una delle opzioni disponibili.

²¹ N. Abbagnano, G. Fornero, *L'ideale e il reale*, Vol. II, Pearson Italia, Milano 2015.

²² C. Stirati, *La legge morale kantiana*, in "Officina filosofica", 2022. Articolo online disponibile al sito: <https://www.officinafilosofica.it/blog/critica-della-ragion-pratica-legge-morale/> (Accesso del 01/02/2023). L'articolo prende in esame anche la dimensione della libertà, condizione necessaria per poter parlare di moralità. Infatti senza la libertà di agire, di decidere, di scelta gli uomini non potrebbero decidere quale azione compiere e non ci sarebbe la volontà pura.

Il comportamento che poi si attuerà potrebbe poi non essere moralmente corretto, però esso è seguito da una scelta, basata appunto sulla presenza della morale interna ad ognuno. Tuttavia molto spesso gli uomini non riescono ad agire moralmente e sono in conflitto tra quello che sono e quello che dovrebbero essere. Anche perché può succedere che, comportandosi moralmente, si vada incontro all'infelicità. La felicità, come anche le altre emozioni e sentimenti, non devono sviare la volontà e la morale che sono pure. L'uomo non deve venir guidato dai sentimenti e sensazioni, ma dal dovere-per-il-dovere.

Kant ha quindi il merito di aver portato all'interno della riflessione etica la tematica del dovere, che verrà ripresa soprattutto in relazione all'etica professionale.

Il filosofo tedesco Johann Gottlieb Fichte, vissuto anch'essi a cavallo tra XVIII e XIX secolo, è molto legato alle opere kantiane, in particolare alla *Critica della ragion pratica*. Però il filosofo, pur riprendendo la morale kantiana, segna un passaggio al cosiddetto idealismo etico, denominato così a causa del riconoscimento di un'assoluta superiorità della morale sull'aspetto conoscitivo. Secondo Fichte, infatti, è il soggetto che crea ogni cosa, sia dal punto di vista materiale che conoscitivo, e questo vuol dire che non dovrebbe venir influenzato da nulla di esterno a sé. È proprio questo aspetto che sancisce la nascita della nuova corrente filosofica denominata "idealismo", che va a contrapporsi al "dogmatismo" e al fatto che il soggetto venga studiato e spiegato a partire dalla realtà esterna che lo circonda. Per il filosofo infatti ammettere le influenze esterne significava andare a limitare l'autonomia ed indipendenza del singolo e per lui erano fondamentali un atteggiamento attivo del singolo e la sua libertà.

La ragione di vita dell'uomo sono proprio le azioni; il mondo e l'esterno non sono altro che lo "scenario" delle azioni. Il soggetto dev'essere dunque libero di agire e di far valere la propria libertà assoluta, svincolandosi dagli ostacoli esterni a favore di un costante perfezionamento di sé per raggiungere il cosiddetto "Io infinito". Fichte, nella sua lezione *La missione del dotto*, afferma:

L'uomo esiste per divenire egli stesso sempre migliore moralmente e per rendere migliore materialmente e moralmente tutto quanto lo circonda, conquistandosi così una felicità sempre maggiore.

Da un lato riprende quindi il tema della felicità, come obiettivo ultimo dell'uomo, e dall'altro lato invece spiega che l'uomo serve anche per aiutare gli altri a migliorare. Infatti secondo il filosofo il dovere morale non può essere realizzato da un solo uomo, è

necessario che vi sia una mobilitazione degli uomini più consapevoli, i cosiddetti dotti, che devono avere responsabilità sociali. Essi infatti devono educare il genere umano, non devono mai usare la violenza né l'inganno, devono sempre essere un esempio di moralità ed infine devono presentarsi come sacerdoti della verità ²³.

Sebbene il filosofo si discosti per alcuni punti dalla morale kantiana, le due ideologie mantengono in comune il primato della ragion pratica e anche la dimensione del dovere, che in Fichte si traduce nel ricercare costantemente di perfezionare se stessi, nonché di aiutare gli altri a farlo, a favore di una completa unificazione del genere umano.

Anche il filosofo tedesco Friedrich Schelling riprende questa linea di pensiero, andando però a superare la concezione del soggetto come un qualcosa di assoluto e che non dovrebbe venir influenzato dall'esterno. Infatti secondo lui il soggetto è un'unità formata non solo dal soggetto stesso, ma anche dall'oggetto, che è rappresentato dalla natura e quindi da ciò che circonda il soggetto. Vengono quindi divise diverse "epoche", in base al rapporto che viene a costituirsi tra il soggetto e la natura. Nella prima epoca si passa dalla sensazione all'intuizione produttiva e il soggetto è ancora ancorato al mondo sensibile e alla natura. Inizialmente è passivo di fronte a questo oggetto esterno, mentre poi, quando passa all'intuizione produttiva, lo determina come un proprio prodotto.

Nella seconda epoca, che segna il passaggio alla riflessione, il soggetto comprende e diventa consapevole del fatto che la natura non sia altro che un prodotto dell'uomo.

Infine la terza ed ultima epoca, che segna il passaggio dalla riflessione alla volontà, fa sì che il soggetto comprenda che non è condizionato dalla natura e si scopre libero. Da questo momento si rende anche conto che non era lui a venire influenzato dall'esterno, ma è l'esterno stesso a dipendere da lui e dalla sua volontà e libertà di agire. Questa fase è quella che caratterizza di più la cosiddetta filosofia pratica, che si articola in: morale, diritto e storia.

Riprendendo Kant e la sfera del dovere, l'uomo è libero di scegliere se agire o meno in conformità del dovere grazie alla sua libertà. Perciò la morale coincide con la libertà e spontaneità dell'agire; e alla domanda posta all'inizio "perché dovrei agire moralmente?", la risposta in questo caso sarebbe "è tuo dovere agire così e hai la libertà di scegliere se

²³ L. Cortesi, *Fichte: la missione del dotto*, in "Philosophica and Theologica", 2017. Articolo online disponibile al sito: <https://blogphilosophica.wordpress.com/2017/06/12/fichte-la-missione-del-dotto-2/> (Accesso del 01/02/2023).

seguire questo dovere o no”. Solo l’uomo, essendo l’unico essere umano ad essere dotato di libertà di scelta, può quindi essere un soggetto morale.

Ad armonizzare le diverse libertà, e quindi i diversi soggetti, ci pensa poi il diritto, che limita in parte il singolo a favore dell’adesione alla legge che garantisce la compatibilità delle diverse libertà ²⁴.

Ci sono poi molti altri pensatori che vanno contro alla morale kantiana.

Secondo il filosofo scozzese David Hume la morale non è legata esclusivamente alla ragione o al dovere. Le valutazioni morali possono dipendere dalla ragione, però sono anche legate alle passioni e ai sentimenti. La morale è infatti una questione di fatto e non una scienza astratta. La ragione può esprimere giudizi di approvazione o disapprovazione riguardo problemi che nascono nella vita morale o riguardo ad azioni che compiamo o vediamo attorno a noi, ma sono i sentimenti che ci fanno scegliere un qualcosa rispetto a qualcos’altro. Il principio alla base di questi sentimenti è quello della simpatia ²⁵, intesa dal filosofo con un’accezione particolare. Indica infatti una particolare qualità della mente umana che consente di immedesimarsi nel dolore o nel piacere altrui, come se fosse in gioco il proprio svantaggio o vantaggio ²⁶.

Ma in base a quali criteri proviamo questi sentimenti? Il filosofo identifica questi criteri nelle virtù che lui considera fondamentali a livello sociale: la benevolenza e la giustizia, in quanto si rivelano utili per il benessere dell’intera società. Un’azione verrà quindi giudicata apprezzabile in base all’utilità e al vantaggio sociale, in quanto promuove la solidarietà tra gli uomini e la loro convivenza pacifica.

Al contrario, un’azione o una scelta non verrà considerata apprezzabile se non comporta grande utilità a livello sociale ²⁷.

²⁴ G. Cusinato, *Natura e libertà: Schelling e il problema della causalità*, in “Journal of the History Of Metaphysics”, Febbraio 2002, pp. 583-608 e A. Farina, *Schelling: l’identità di Spirito e Natura*, in “Il barattolo delle idee”, 2016. Articolo online disponibile al sito: <https://www.ilbarattolodelleidee.org/2016/10/19/schelling/> (Accesso del 01/02/2023).

²⁵ Dizionario Treccani, 2023. Dizionario online, disponibile al sito: <https://www.treccani.it/vocabolario/ricerca/Simpatia/> (Accesso del 01/02/2023). La parola “simpatia” deriva dal greco *sympatheia*, che significa letteralmente “patire insieme”, “provare emozioni con”. Il termine indica quindi partecipazione di sofferenza o infelicità, anche se comunemente viene utilizzato anche per sentimenti positivi. Secondo il filosofo la simpatia è importante in quanto spinge l’individuo a provare interesse per il genere umano e a porsi in una prospettiva comunitaria.

²⁶ L. Geymonat, *Storia del pensiero filosofico e scientifico*, volume III, Garzanti, Milano 1970.

²⁷ A. Bocchetti, *La ricerca sui principi della morale di David Hume*, in “La Cooltura”, 2019. Articolo online disponibile al sito: <https://www.lacooltura.com/2019/05/ricerca-principi-morale-david-hume/> (Accesso del 01/02/2023).

Riprendendo il principio della simpatia, proveremo piacere per ciò che è utile o benefico per gli altri e dolore per ciò che li danneggia; in quanto il benessere e la felicità individuali sono congiunti al benessere e alla felicità collettivi.

È interessante la prospettiva di Hume, in quanto da un lato non esclude la dimensione emotiva e anzi la considera più importante della ragione nella sfera morale e, dall'altro lato, prende in considerazione il tema dell'utilità sociale, criterio che verrà ripreso in molti dilemmi etici.

Un altro filosofo che si contrappone a Kant è Georg Wilhelm Friedrich Hegel, vissuto anch'egli a cavallo tra il XVIII e XIX secolo. Critica a Kant la costituzione di una "filosofia del finito", all'interno della quale era preponderante l'antitesi tra l'essere e il dover essere e tra la realtà e la ragione. Secondo Hegel invece, riprendendo il suo famoso aforisma contenuto nei *Lineamenti di filosofia del diritto*: "ciò che è razionale è reale; e ciò che è reale è razionale".

Infatti, secondo il filosofo la realtà non è altro che il dispiegarsi di una struttura razionale, non è quindi presente un conflitto tra realtà e razionalità in quanto esse vengono espresse necessariamente, totalmente e sostanzialmente nella stessa identità.

Inoltre, il filosofo distingue la moralità dall'eticità. Esse fanno entrambe parte di un momento dello sviluppo dello spirito, ossia il momento dello spirito oggettivo.

Il primo momento, quello dello spirito soggettivo, prende in considerazione il lento emergere dello spirito dalla natura e il suo progressivo porsi come libertà.

Il secondo momento è invece quello dello spirito oggettivo, in cui il soggetto, ora libero e portatore di volontà, si manifesta in diversi modi. In primis attraverso il diritto astratto, in quanto è una persona fornita di capacità giuridiche. In secondo luogo, attraverso la moralità, intesa dal filosofo come la manifestazione nelle azioni. In questo senso però il soggetto riconosce come proprie soltanto le azioni che rispondono a un suo proposito. Anche Hegel qui riconosce la separazione tra la soggettività che realizza il proprio bene e il bene che dev'essere realizzato, riprendendo la contraddizione tra essere e dover essere kantiana. Però mentre per Kant l'uomo dovrebbe seguire gli imperativi categorici, per Hegel no, in quanto la moralità ha l'obiettivo di realizzare il dovere, il bene finale, ma questo obiettivo fa parte di un percorso infinito, che non giungerà mai alla fine.

Inoltre Hegel critica il fatto che la morale kantiana sia priva di contenuti concreti, in quanto mancano le indicazioni concrete su che cosa sia autenticamente bene; Kant infatti si era solo occupato della forma dell'azione e non del suo contenuto.

Infine il conflitto tra la soggettività e il bene tipico della moralità, viene risolto nell'eticità. Essa viene definita dal filosofo come una moralità sociale, ossia come la realizzazione del bene attraverso diverse forme istituzionali. Il bene, e quindi il dovere morale, è determinato e influenzato dal contesto in cui il soggetto si trova, fatto di regole, valori, tradizioni, eccetera ²⁸.

In questo senso il bene si realizza in relazione al nostro ruolo nelle diverse istituzioni prese in esame dal filosofo, che sono la famiglia, la società civile e lo stato.

Hegel mette quindi in relazione il dovere e il bene ai ruoli delle persone, tematica che si rivela fondamentale ai fini dell'analisi dell'etica, in particolare di quella odierna, costernata da doveri, codici deontologici, responsabilità e decisioni eticamente difficili da prendere.

1.6. Etica nel Novecento

Tra la seconda metà dell'Ottocento e la prima metà del Novecento le scienze fisico-matematiche vengono scosse da una profonda crisi, che si ripercuote in diverse discipline, dalla filosofia alla psicologia, includendo anche la morale.

Con il filosofo tedesco Friedrich Wilhelm Nietzsche in particolare, cadono progressivamente tutte le certezze che avevano caratterizzato la tradizione filosofica occidentale.

I suoi scritti vengono convenzionalmente suddivisi in alcune fasi e, l'ultima fase denominata "del tramonto", include l'opera *Genealogia della morale* del 1887.

In essa il filosofo ragiona sul fatto che la morale da anni viene considerata come un fatto evidente, che si autoimpone all'individuo; nonostante ciò, è sempre mancata una riflessione che andasse ad indagare i principi stessi dei valori cosiddetti "moralì". In altre parole, è sempre mancata una messa in discussione della morale stessa.

Secondo il filosofo la morale altro non è che una proiezione di determinate tendenze umane, la presenza in noi delle autorità sociali con cui siamo cresciuti ed è quindi legata alla cultura in cui si è inseriti e di cui si fa parte. Si relaziona quindi il tema della moralità alla psicologia, in quanto si supera l'idea che la morale sia "la voce di Dio nell'uomo", quanto piuttosto "la voce di alcuni uomini nell'uomo". Questa riflessione porta Nietzsche a ritenere la moralità come l'istinto del gregge nel singolo.

²⁸ Il concetto rimanda a quello di *habitus*, utilizzato sia nella filosofia scolastica che dal sociologo Pierre Bourdieu, per indicare la condivisione di uno spazio sociale che permette di avere una medesima percezione delle pratiche sociali tra i componenti di una società.

I valori ritenuti etici sono quindi il risultato di determinate prospettive di utilità per il mantenimento e il rafforzamento delle forme di dominio umano. Secondo il filosofo nell'Occidente si sono sviluppati in particolare due tipi di moralità, legati a diversi valori. La “morale dei signori” è legata a valori quali l'orgoglio, la forza e la nobiltà, ma anche al coraggio e all'autostima, valori che rimandano soprattutto al mondo classico, in cui la morale era l'espressione di un'aristocrazia cavalleresca. Il secondo tipo di moralità invece è subentrato dopo, in particolare con il cristianesimo, e i valori quali il sacrificio di sé, l'umiltà e la bontà sono stati associati alla cosiddetta “morale degli schiavi”. Mentre la moralità dei signori ha origine nei forti, la morale degli schiavi ha origine nei deboli.

Ciò che andrebbe fatto è allora una rivalutazione di queste morali, per correggere le diverse incongruenze presenti in entrambe, a favore di un modo nuovo di rapportarsi ai valori, da intendere come libere proiezioni dell'uomo e della sua antiscetica volontà di potenza. Secondo il filosofo la vita non dev'essere guidata dagli impulsi né dalla ricerca del piacere, bensì dalla spinta all'autoaffermazione e alla crescita continua ²⁹.

1.7. Etica e morale oggi

I termini etica e morale, che negli anni sono stati oggetto di diversi approcci teorici, correnti di pensiero, letterature, scienze e dibattiti, ad oggi sono largamente presenti in ogni ambito della vita dell'individuo. Si parla infatti di etica personale in relazione ai principi normativi e alle regole che ciascuno segue nella propria vita quotidiana ³⁰, ma si parla anche di etica professionale, di dilemmi etici, di etica deontologica, di etica delle responsabilità, di bioetica, di etiche ambientaliste e animaliste, eccetera.

Queste diverse “etiche” traggono appunto origine dalle speculazioni del passato che, tassello dopo tassello, sono arrivate a costituire quelle definizioni e riflessioni odierne intorno all'etica e alla morale, che non possono discernere dal relativismo, assolutismo, responsabilità, giustizia, dovere, libertà, amore, sacrificio, guida, responsabilità sociale, influenza culturale e molto altro.

²⁹ N. Abbagnano, G. Fornero, *L'ideale e il reale*, Vol. III, Pearson Italia, Milano 2015.

³⁰ S. Banks, *Ethics, Accountability and the Social profession*, Bloomsbury Publishing, Londra 2003.

CAPITOLO 2 – ETICA NEL SERVIZIO SOCIALE

2.1. Brevi cenni storici della professione

Il servizio sociale è una professione recente, la cui origine precisa è difficile da rintracciare.

Per questo si considera, come data di nascita della professione, l'anno 1869, in cui sono sorte le *Charity Organization Societies* nel contesto anglosassone. Esse avevano l'obiettivo di coordinare la moltitudine di attività caritative e di fatto hanno posto le basi dei fondamenti concettuali del servizio sociale. I lavoratori di queste organizzazioni, nonché delle *Case di accoglienza* fondate a Londra nel 1884, si resero conto che era necessaria una formazione più seria e nacquero così le prime scuole per operatori sociali. Analogamente, negli Stati Uniti la prima scuola di servizio sociale nacque a New York nel 1898.

Il caso italiano ha invece una storia più recente. Infatti il primo istituto di assistenza sociale nacque appena nel 1920 a Milano e la prima scuola superiore di servizio sociale venne inaugurata a Roma nel 1928.

Antecedentemente il sistema assistenziale sottostava alla legge Crispi del 1890, che aveva trasformato le opere pie in istituti pubblici di assistenza e beneficenza e le aveva legate ai Comuni, attraverso le Congregazioni di Carità, delineando quindi il ruolo dello Stato nell'attività assistenziale. Però, in seguito al primo dopoguerra, gli enti pubblici si rivelarono del tutto inadeguati ad affrontare la crisi in cui versava il paese.

Si cominciò poi a parlare di assistente sociale come di un professionista dotato di un proprio *corpus* di teorie di riferimento, metodi e tecniche di intervento specifiche, nel Convegno degli studi di Tremezzo del 1946. L'assistente sociale veniva considerato come colui che doveva occuparsi della ricostruzione delle persone, doveva essere artefice della grande opera di risanamento morale³¹. Il Convegno trattò tematiche quali la ricostruzione delle città, l'assistenza ai profughi, la legislazione del lavoro, l'assistenza ai minori ed infine anche la formazione degli assistenti sociali³².

³¹ A definire in questi termini l'assistente sociale è stato lo psichiatra Amos Chiabov, che dopo la Liberazione divenne ispettore del Ministero per l'assistenza postbellica, e in questa veste organizzò l'importante Convegno di Tremezzo.

³² AA.VV. (1947), *Atti del Convegno per studi di assistenza sociale, Tremezzo (Como)*, 16 settembre - 6 ottobre 1946. Milano. Pagina disponibile online al sito: <https://www.aspi.unimib.it/collections/entity/detail/442/> (Accesso del 15/04/2023).

Per il riconoscimento giuridico del titolo di assistente sociale bisognerà però attendere fino al 1987, anno in cui venne abilitato il diploma di assistente sociale.

Nel 1993 venne istituito l'Albo professione e in seguito venne a formarsi il primo Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali. Successivamente venne emanato anche il primo codice deontologico. Alla fine, tra gli anni 2000 e 2001, vennero istituiti i primi corsi di laurea in Scienze del Servizio Sociale, in quanto precedentemente la specializzazione degli assistenti sociali era affidata ad Istituti superiori di formazione e a corsi di Diploma universitario dal 1993 al 2000 ³³.

Come si può vedere la storia del servizio sociale, in particolare di quello italiano, è molto recente e, forse proprio per questo, molti studi sulla professione sono ancora agli albori, in particolare quelli inerenti l'etica e la morale.

2.2. Evoluzione dell'etica e della morale nel servizio sociale

I termini "etica" e "morale", sebbene abbiano origine da speculazioni filosofiche, riguardano ora tutte le scienze umane e sociali, perciò anche il servizio sociale.

I due termini però sono stati utilizzati in modo differente nei diversi anni e paesi.

Nei paesi anglosassoni, dove ha avuto origine il servizio sociale, si è sempre utilizzato maggiormente il termine "etica", mentre nei paesi di cultura occidentale la questione è più complessa. Per comprenderla appieno è utile comprendere l'evoluzione che hanno avuto questi due termini nel contesto italiano.

Bisogna però premettere che l'evoluzione dell'etica nel servizio sociale non ha seguito una progressione lineare; pertanto non ne consegue una divisione in fasi netta, quanto piuttosto una divisione di fasi che si sovrappongono ed interagiscono tra loro.

Gli stadi che verranno presentati di seguito sono stati elaborati dal Dottor Frederic G. Reamer, che dalla fine degli anni Settanta si è dedicato alla ricerca dell'etica in relazione alla professione di assistente sociale ³⁴.

Le fasi riguardano il panorama anglosassone e, per tanto, verranno riadattate e corrette sulla base del contesto storico e culturale italiano.

³³ G. Pieroni, M. D. P. Ponticelli, *Introduzione al servizio sociale. Storia, principi, deontologia*, CarocciFaber Editore, Roma 2005.

³⁴ F. G. Reamer, *The evolution of Social Work Ethics: Bearing Witness*, in "Advances in Social Work" Vol. 15, 2014. Articolo online, disponibile al sito: <https://advancesinsocialwork.iupui.edu/index.php/advancesinsocialwork/article/download/14637/16940/23766> (Accesso del 07/06/2023).

2.2.1. Prima fase: la fase pionieristica

La prima fase si colloca principalmente negli anni precedenti alla nascita del servizio sociale come professione riconosciuta. Questo periodo va approssimativamente dalla fine del XIX secolo fino alla metà del XX secolo. Durante questo periodo, l'assistenza sociale era principalmente affidata a organizzazioni religiose e comunitarie, come le chiese e le istituzioni caritative, che fornivano sostegno materiale e assistenza alle persone bisognose. La comunità svolgeva un ruolo centrale nell'identificare i bisogni e fornire supporto alle persone più vulnerabili.

Gli operatori sociali si impegnavano in attività di carità, fornendo aiuto materiale e assistenza alle persone in situazioni di bisogno. Questo approccio era spesso guidato da principi morali e religiosi, con l'obiettivo di alleviare la sofferenza e promuovere il bene comune.

A guidare l'assistenza era una visione paternalistica, infatti gli operatori sociali si consideravano come dei "protettori" dei bisognosi e assumevano decisioni per loro senza coinvolgerli pienamente nel processo decisionale. Inoltre, la concezione etica dell'intervento professionale in questa fase era fortemente influenzata da principi e valori religiosi e morali, in quanto mancava una vera e propria riflessione etica sistematica e formale. Questo portava gli operatori spesso ad agire sulla base del loro giudizio personale e delle norme culturali dominanti, senza un quadro teorico esplicito di riferimento.

Durante questa fase, quindi, il servizio sociale era molto più preoccupato per la moralità degli utenti che per le diverse implicazioni etiche sottese nella professione e si basava principalmente sui principi di beneficenza e carità.

2.2.2. Seconda fase: la fase professionale

La seconda fase dello sviluppo dell'etica nel servizio sociale si colloca principalmente intorno agli anni '60 e '70 del XX secolo ed è caratterizzata dal riconoscimento del servizio sociale come una professione distinta e autonoma. Ciò ha fatto sì che diverse istituzioni educative iniziassero ad offrire programmi di formazione specifici per gli assistenti sociali, con l'obiettivo di garantire una base professionale solida. Oltre a esplorare i valori fondamentali della professione, parte della letteratura di questo periodo, in particolare del contesto anglosassone, ha cercato di esaminare e chiarire la relazione tra i propri valori personali e la pratica professionale. Infatti, in questo periodo, è emersa una maggiore consapevolezza dell'importanza dell'etica nella pratica del servizio sociale,

tanto da essere presente nei programmi di formazione degli assistenti sociali, con un' enfasi sulla riflessione critica, l' analisi dei casi e lo sviluppo di competenze etiche. Inoltre, mentre fino alla prima metà degli anni '60 si era sempre preferito utilizzare il termine "morale"; dagli anni '70, anche in relazione ai fenomeni di crisi del servizio sociale, si è passati a privilegiare il termine "etica", in relazione anche al vocabolario internazionale della professione ³⁵.

Questa fase è quindi legata alla maggiore consapevolezza sulla necessità di garantire il rispetto dei diritti umani e la dignità delle persone coinvolte negli interventi. Il servizio sociale inoltre si occupa spesso di persone vulnerabili e svantaggiate, e ciò richiede una riflessione ancora più approfondita sui valori sopra citati e sulla giustizia sociale.

Ciò ha fatto sì che gli operatori sociali stessi cominciassero a rivolgere l' attenzione allo studio dei valori generali e dei principi etici, impegnandosi attivamente nella promozione dei diritti degli individui e delle comunità.

2.2.3. Terza fase: la fase dei Codici Deontologici

La terza fase, che si colloca tra gli anni '80 e '90 del XX secolo, è caratterizzata dalla stesura del primo codice deontologico specifico per gli assistenti sociali in Italia.

Il crescente interesse per l' ampio argomento dell' etica applicata e professionale è legato a diverse questioni, in primis all' emanazione delle due importanti e influenti enciclopedie, che sono quella della Bioetica e dell' Etica applicata, che affrontavano questioni chiave quali ad esempio i criteri che dovrebbero essere utilizzati per determinare quali pazienti bisognosi dal punto di vista medico dovrebbero ricevere per primi cure ed assistenza ³⁶.

In secondo luogo si sentiva la necessità di avere delle linee guida da seguire per rispondere in modo adeguato alle sfide etiche nel campo.

In Italia il primo codice per assistenti sociali è stato pubblicato nel 1998. Esso è stato promosso dall' Associazione Italiana Assistenti Sociali in collaborazione con il Consiglio Nazionale dell' Ordine degli Assistenti Sociali (CNOAS). Questo codice rappresenta il primo punto di riferimento per la definizione dei doveri professionali, responsabilità

³⁵ M. D. Canevini, E. Neve, *Etica e deontologia del servizio sociale*, Carocci Faber Editore, Roma 2020.

³⁶ F. G. Reamer, *The evolution of Social Work Ethics: Bearing Witness*, in *Advances in Social Work* Vol. 15, 2014. Articolo online disponibile al sito: <https://advancesinsocialwork.iupui.edu/index.php/advancesinsocialwork/article/download/14637/16940/23766> (Accesso del 07/06/2023). Le enciclopedie a cui si riferisce nel testo sono la *Encyclopedia of Bioethics* di W. T. Reich ed edita nel 1978 e la *Encyclopedia of Applied Ethics*, di R. Chadwick, edita nel 1997.

etiche e linee guida per l'azione. Tra i principi etici più importanti vi sono: il rispetto e promozione dei diritti umani, senza discriminazioni di alcun tipo; la promozione dell'autodeterminazione e autonomia delle persone; il rispetto per la riservatezza e le informazioni confidenziali ottenute durante la pratica professionale e il mantenimento del segreto professionale; ed infine la promozione di una cultura della solidarietà e della sussidiarietà³⁷. Esso nasce in seguito al riconoscimento giuridico della professione ed è interessante la premessa:

Questo primo Codice deontologico dell'Ordine professionale degli assistenti sociali, istituito dalla Legge 23 marzo 1993 n.84, nasce dopo oltre cinquanta anni di presenza della professione di assistente sociale in Italia ed è ispirato dalla quotidiana esperienza degli assistenti sociali, dalle loro costanti riflessioni sulle questioni etiche e deontologiche sviluppate nel tempo, dai codici deontologici e dalle tesi, prodotti nel nostro paese e in ambito internazionale, e dalle loro sperimentazioni.

Questo codice è quindi ispirato dalla quotidianità della professione. Gli assistenti sociali hanno imparato dall'esperienza, riflettendo per anni sul loro ruolo, sulla loro specificità e sulla formazione e riconoscimento professionale che tardava ad arrivare.

Durante questa fase, quindi, ha trovato esplicitazione quella che era la necessità di avere delle linee guida di azione nell'esercizio e della professione di assistente sociale, linee guida che hanno preso in esame non solo i diritti degli utenti e clienti (così definiti dal codice stesso) ma anche le responsabilità che hanno gli assistenti sociali nei confronti degli utenti, della società, dell'organizzazione di lavoro, eccetera. Si è quindi assistito ad uno sviluppo dell'etica del lavoro sociale, sviluppo che negli anni seguenti ha continuato a crescere sempre di più, soprattutto in relazione alla sempre maggior complessità delle problematiche sociali.

2.2.4. Quarta fase: la fase di riflessione critica

La quarta fase si colloca tra gli anni '90 e i primi anni del XXI secolo. Durante questi anni si è assistito ad una maggiore riflessione critica sull'etica nel servizio sociale. Sono infatti emerse discussioni e dibattiti sulle questioni etiche complesse che gli assistenti

³⁷ Ordine degli Assistenti Sociali, Consiglio nazionale, *Codice deontologico degli Assistenti sociali*, 1998. Codice online, disponibile al sito: https://moodle2.units.it/pluginfile.php/394834/mod_resource/content/1/Codice_comparato.pdf (Accesso del 08/06/2023).

sociali affrontano nella loro pratica quotidiana, come i conflitti di interesse, la negligenza professionale, la responsabilità, le disuguaglianze sociali e molte altre.

A seguito della maggior complessità delle tematiche è stato aggiornato nel 2002 il Codice Deontologico degli Assistenti Sociali. Una prima modifica rilevante ha riguardato quello che era l'articolo 6:

L'esercizio della professione si basa sull'autonomia tecnico-professionale, sull'indipendenza di giudizio, sulle conoscenze proprie della professione e sulla coscienza personale dell'assistente sociale.

Nel codice del 2002 l'articolo, diventato il numero 10, affermava:

L'esercizio della professione si basa su fondamenti etici e scientifici, sull'autonomia tecnico-professionale, sull'indipendenza di giudizio, sulle conoscenze proprie della professione e sulla coscienza personale dell'assistente sociale ³⁸.

Nell'articolo era stato quindi esplicitato che la professione di assistente sociale doveva basarsi su fondamenti etici e scientifici, fondamenti che però erano ancora scarsamente individuati dalla letteratura.

Venne inoltre rilevata un'ulteriore problematica, ossia quella relativa ai conflitti etici e ai dilemmi professionali complessi. Infatti, nel contesto sociale e politico in continua evoluzione, gli assistenti sociali affrontavano dilemmi etici complessi, come ad esempio la tensione tra rispettare l'autonomia del cliente ed intervenire per proteggere il suo benessere. Questa e molte altre questioni non trovavano risposta nel codice deontologico e necessitavano di ulteriori approfondimenti e studi.

Questa fase dunque, nonostante rappresenti un grande salto in avanti in termini di consapevolezza dell'importanza dell'etica nella professione, aprì a nuovi interrogativi sul comprendere come affrontare le situazioni complesse.

2.2.5. Quinta fase: la fase digitale e di integrazione multidisciplinare

La penultima fase abbraccia il primo ventennio del XXI secolo. L'introduzione di tecnologie sempre più complesse ha fatto sì che si venissero a creare delle nuove questioni

³⁸ Ordine degli Assistenti Sociali, Consiglio nazionale, *Codice deontologico dell'assistente sociale*, 2002. Codice online, disponibile al sito: https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/ifsw-cdn/assets/italy_codicedeontologico.pdf (Accesso del 12/06/2023).

complesse, relative appunto all'utilizzo del digitale (utilizzo di e-mail, consulenze online, consenso informato, eccetera). Una grande problematica è quella relativa alla riservatezza delle informazioni trasmesse ad altre parti attraverso l'uso del computer, posta elettronica e molto altro. Questa questione può riguardare in primis l'assistente sociale stesso, che si ritrova ad esempio richieste di amicizia sui *social network* da parte di alcuni utenti. Accettare rappresenterebbe un grande rischio per la *privacy* dell'operatore, mentre un rifiuto potrebbe portare l'assistito a provare un grande senso di rifiuto. Sono tematiche complesse, che non hanno riguardato solamente il servizio sociale, ma tutti gli ambiti di vita delle persone.

Proprio per questo negli ultimi anni si è posta maggiore attenzione all'integrazione dell'etica del servizio sociale con altre discipline, tra cui: filosofia, sociologia, psicologia e soprattutto medicina. Questo approccio multidisciplinare ha arricchito la comprensione dell'etica nel contesto del servizio sociale e ha promosso una prospettiva più ampia sulle questioni etiche complesse.

2.2.6. Sesta fase: la fase della pandemia Covid-19

Alle fasi sopra citate, riadattate dal lavoro del Dottor Frederic G. Reamer, è da aggiungere un'ultima, relativa al recente periodo pandemico. Infatti durante la pandemia di COVID-19, il servizio sociale italiano ha subito diversi cambiamenti per far fronte alle nuove sfide e alle esigenze emergenti ³⁹.

La variazione maggiore ha riguardato le modalità di lavoro, che dal lavoro in presenza si sono trasformate in lavoro a distanza. Infatti con l'aumento delle restrizioni e delle misure di distanziamento sociale, i servizi sociali italiani hanno dovuto adattarsi rapidamente ad alternative di lavoro a distanza. I professionisti del servizio sociale hanno quindi iniziato a svolgere le loro attività tramite telefonate, videochiamate e piattaforme *online* per mantenere il contatto con gli utenti e fornire supporto (ad esempio tramite *Google Meet*, *Zoom*, *Skype*, *Microsoft Teams* e molte altre).

Inoltre, durante la pandemia, molte risorse dei servizi sociali sono state dirottate per far fronte alle emergenze sanitarie e sociali causate dal *virus*. Ciò ha comportato una ridefinizione delle priorità e una maggiore attenzione alla fornitura dei servizi di emergenza, come l'assistenza alimentare, l'assistenza sanitaria di base e il supporto psicologico.

³⁹ M. Sanfelici, L. Gui, S. Mordegli, *Il servizio sociale nell'emergenza Covid-19*, FrancoAngeli, Milano 2020.

In molti comuni ad esempio si sono venuti a creare servizi di erogazione di buoni spesa o di borse della spesa, in modo da aiutare i nuclei familiari in difficoltà.

Le diverse misure adottate hanno rivelato che ad accedere ai servizi di emergenza erano sempre più persone. Però l'aumento della domanda di servizi non ha riguardato semplicemente le fasce più vulnerabili della popolazione, ma ha riguardato anche diverse famiglie che, fino a quel momento, se l'erano cavata da sole. Molte delle persone che si rivolgevano ai servizi infatti ammettevano di non essersi mai rivolti, se non a causa della pandemia ⁴⁰.

Infatti il Covid-19 aveva portato con sé diverse problematiche sociali: la perdita di lavoro, la povertà, l'isolamento sociale, la violenza domestica e molto altro.

Alle nuove domande di assistenza però si accompagnavano anche le domande di sostegno ai gruppi più vulnerabili. Infatti, durante la pandemia, sono emersi specifici gruppi di persone che vivevano situazioni simili di disagio, che hanno richiesto un'attenzione particolare da parte dei servizi sociali. Gli anziani, le persone con disabilità, i senza fissa dimora e i migranti sono stati colpiti in modo particolare e sono stati necessari interventi mirati per garantire la loro sicurezza e il loro benessere.

Ad esempio molti anziani nelle case di riposo erano da soli e non potevano vedere i loro familiari durante i mesi di *lockdown*. Questo ha fatto sì che andassero aumentando i loro sentimenti di solitudine ed isolamento, incidendo negativamente sul loro stato di salute. Per far fronte a questo problema, sono stati adottati diversi interventi, tra cui la possibilità di vedere i parenti attraverso un pannello trasparente o la possibilità di comunicare con loro tramite l'uso di videochiamate.

Tutti questi servizi hanno richiesto una grande sforzo ai servizi sociali, che durante la pandemia hanno dovuto affrontare un carico di lavoro maggiore per soddisfare le vecchie esigenze e anche tutte le nuove, in un clima di costante emergenza.

Infine, durante questo periodo, è emersa la necessità di una maggiore cooperazione tra i servizi sociali e le altre professioni, come medici, infermieri, psicologi e operatori sanitari. Questa collaborazione è stata fondamentale per garantire una risposta integrata e coordinata alle sfide sanitarie e sociali causate dalla pandemia.

Il servizio sociale collaborava già con gli altri professionisti ma, in seguito alla pandemia, questa collaborazione è diventata sempre più forte e costante.

⁴⁰ Queste considerazioni sono state tratte sulla base del mio tirocinio svolto presso il Comune di Marcon (VE) in periodo pandemico, tra luglio 2020 e marzo 2021.

Durante i mesi di *lockdown* inoltre si è discusso molto di “etica”, in particolar modo in campo sanitario che, però, è strettamente connesso al servizio sociale.

Il primo giugno 2020 è stato pubblicato l’ultimo aggiornamento del Codice deontologico dell’assistente sociale. In esso sono contenute diverse novità. Di rilevanza è il primo articolo del Titolo III, relativo ai doveri e responsabilità generali dei professionisti:

I dilemmi etici sono connaturati all’esercizio della professione. L’assistente sociale li individua e li affronta evidenziando i valori ed i principi in contrasto. Le scelte professionali che ne risultano sono la sintesi della valutazione delle norme, del sapere scientifico, dell’esperienza professionale e sono comunque indirizzate al rispetto della libertà, dell’autodeterminazione e a conseguire il minor svantaggio per le persone coinvolte. Il professionista orienta la propria condotta alla massima trasparenza circa le ragioni delle proprie scelte e documenta, motivandolo, il processo decisionale ⁴¹.

Nonostante si sia cominciato a parlare di etica all’interno del servizio sociale sin dagli anni ’70, in relazione ai diritti degli assistiti e ai doveri del professionista, il concetto di “dilemma etico” è comparso per la prima volta solo con quest’ultimo aggiornamento del Codice.

Dal 2009, anno in cui era avvenuto il precedente aggiornamento, al 2020, ci sono stati molti cambiamenti ma, quello più impattante è forse proprio la pandemia Covid-19. Non è quindi un caso che, a seguito del periodo pandemico, i professionisti, soprattutto in ambito sanitario, abbiano cominciato a prestare più attenzione all’etica. L’aggiunta del concetto quindi, a mio parere, non può essere slegata dal contesto pandemico e dagli enormi dibattiti che si erano venuti a creare intorno alle questioni etiche.

Riprendendo la complessa distinzione tra i due termini “etica” e “morale”, Carlo Augusto Viano, nell’*Enciclopedia delle Scienze Sociali* afferma:

Parliamo di Etica o di Morale per indicare delle discipline, ma parliamo delle “morali” per indicare comportamenti come la “morale corrente”, la “morale cristiana”, la “morale islamica”, eccetera. Ne è nata l’impressione che “morale” si riferisca direttamente a qualcosa di reale, qualcosa come l’oggetto dell’etica, la quale pertanto sarebbe un’attività di secondo grado rispetto a quell’oggetto. Per questo “etica” è usato spesso per indicare

⁴¹ Ordine degli Assistenti Sociali, Consiglio nazionale, *Codice deontologico dell’assistente sociale*, 2020. Codice online, disponibile al sito: <https://cnoas.org/wp-content/uploads/2020/03/Il-nuovo-codice-deontologico-dellassistente-sociale.pdf> (Accesso del 12/06/2023).

le considerazioni sui principi che ispirano una morale. [...] L'etica si presta non tanto ad affrontare la disciplina universale di tipi o famiglie di comportamenti, quanto a illustrare problemi nuovi e anche conflitti, che non è facile introdurre negli ordinamenti normativi formalmente organizzati ⁴².

Appare quindi ancora più evidente la distinzione tra i due termini, anche alla luce dell'utilizzo del termine "etica" legato ai termini "dilemmi" e "questioni", sopra citati. Parliamo di "etica" per indicare nuove situazioni complesse a cui è difficile dare una risposta, nuovi problemi e conflitti sociali, eccetera.

Non a caso M. D. Canevini e E. Neve nel libro *Etica e deontologia del servizio sociale* notano che oggi, nella lingua comune, nei linguaggi scientifici o letterali e anche nei più vari contesti privati e pubblici prevale proprio il termine "etica" rispetto a "morale". Quest'ultimo infatti sembra ora un termine relegato agli ambiti accademici e professionali, mentre il termine "etica" è diventato sempre più comune, anche spesso abusato, specie nelle dichiarazioni pubbliche ⁴³.

2.3. Etica nel servizio sociale in relazione all'etica medica

Nel libro *Decidere nel servizio sociale*, T. Bertotti si concentra sulla tematica delle decisioni, affermando che il lavoro degli assistenti sociali è costellato da decisioni da prendere. Però di manuali che affrontino questo tema ce ne sono pochi, come in generale sono ridotte le pubblicazioni scientifiche che si occupano delle situazioni difficili che possono insorgere nell'esercizio della professione.

La carenza di questi studi riguarda in particolare il panorama italiano e il servizio sociale, per avere risposte, o semplicemente consigli, si rivolge agli ambiti più vicini. L'autrice afferma:

Un ambito leggermente più vicino al servizio sociale può essere quello medico, in cui si tratta di prendere decisioni su terapie ed interventi, in base alla valutazione clinica e alle evidenze scientifiche disponibili ⁴⁴.

⁴² C. A. Viano, *Enciclopedia delle Scienze Sociali*, Treccani, Roma 1993.

⁴³ M. D. Canevini, E. Neve, *Etica e deontologia del servizio sociale*, Carocci Faber Editore, Roma 2020.

⁴⁴ T. Bertotti, *Decidere nel servizio sociale. Metodo e riflessioni etiche*, Carocci Faber Editore, Roma 2021.

Terapie, interventi e valutazioni sono solo alcune delle similarità esistenti tra il lavoro del medico e quello dell'assistente sociale. Alla base delle due professioni infatti vi sono tantissime ragioni di paragone, in particolare legate all'etica.

In *primis* entrambe le professioni sono orientate al benessere della persona. Nel caso del servizio sociale, l'obiettivo principale è migliorare la qualità della vita degli assistiti, promuovendo l'autonomia e fornendo supporto nelle diverse sfere della loro vita. Analogamente, i medici sono impegnati nel curare i pazienti, ripristinando la loro salute e promuovendo il loro benessere generale.

Analizzando i codici deontologici delle due professioni, ci si accorge inoltre che i principi etici alla base sono condivisi, tra cui: l'autonomia, la giustizia, la beneficenza, la non maleficenza, eccetera.

Infatti entrambe le professioni si basano su questi principi per guidare le decisioni etiche e per bilanciare i bisogni degli assistiti e pazienti con le risorse disponibili.

Per riuscire ad assistere ed aiutare gli assistiti adeguatamente è fondamentale possedere grande competenza professionale. Sia medici che assistenti sociali devono seguire un rigoroso percorso formativo e mantenere le proprie competenze attraverso una formazione continua, che continui ad aggiornarsi in relazione ai mutamenti del contesto sociale e delle problematiche.

Inoltre, le due professioni richiedono un forte senso di responsabilità e un impegno nei confronti degli assistiti e dei pazienti. Questo implica la protezione dei loro diritti, la riservatezza delle informazioni personali e l'aderenza a standard etici elevati.

È infine di fondamentale importanza la relazione che si viene a creare tra il professionista e la persona che si rivolge a lui. È infatti necessario un legame di fiducia, rispetto ed empatia, solo in questo modo è possibile fornire un sostegno efficace.

Nonostante queste e molte altre analogie però le due professioni sono molto diverse, anche in campo etico. Proprio per questo risulta fondamentale una riflessione specifica sull'etica nel servizio sociale che, magari per iniziare, può prendere in prestito speculazioni dal campo medico, ma poi dovrà discostarsene a favore della propria autonomia.

CAPITOLO 3 – L’ASIMMETRIA DI POTERE

3.1. Introduzione ai capitoli teorici e pratici

Ai fini della ricerca, mi sono concentrata solo su alcune tematiche riguardanti l’etica professionale. Queste dimensioni sono state affrontate sia dal punto di vista teorico che pratico, intrecciando così questi due saperi che molto spesso restano separati e distanti. A questo proposito sono state introdotte diverse categorie interpretative elaborate dal lavoro di ricerca. Il disegno di ricerca partiva dalla domanda “Quali sono le analogie e/o differenze presenti nell’etica del servizio sociale e della medica” e per cercare di rispondermi ho elaborato una ricerca comparativa che puntasse a comparare le risposte di medici ed assistenti sociali per raggiungere un obiettivo conoscitivo relativo all’etica insita nelle due professioni. Attraverso delle interviste semi-strutturate ⁴⁵, erogate in presenza o a da remoto sulla base della disponibilità degli intervistati, sono state indagate le dimensioni: dell’asimmetria di potere, del potere decisionale e della responsabilità del professionista, dell’autodeterminazione dei pazienti e degli assistiti, della gestione della sfera emotiva ed infine della rilevanza dei valori nell’esercizio della professione.

3.2. Definizione di asimmetria di potere

Secondo il vocabolario Treccani, con asimmetria si intende la mancanza di simmetria o di proporzione fra le parti di uno o più oggetti ⁴⁶.

Questa definizione si può applicare a diversi campi tra cui, appunto, quello del potere.

L’asimmetria di potere è una tematica che è stata affrontata da diversi filosofi e teorici sociali nel corso della storia.

Uno dei primi ad indagare sul concetto di potere e sulla sua distribuzione diseguale fu Friedrich Nietzsche, che analizzò le dinamiche di potere nelle relazioni umane, evidenziando come esso fosse spesso esercitato da una parte dominante su una parte dominata, portando a disuguaglianze sociali e culturali ⁴⁷.

Successivamente, il sociologo e filosofo tedesco Max Weber, nel suo lavoro sulla teoria del potere, ha sottolineato l’importanza delle relazioni di potere nelle istituzioni sociali.

⁴⁵ P. Corbetta, *La ricerca sociale: metodologia e tecniche, Le tecniche qualitative*, Il Mulino, Bologna 2015.

⁴⁶ Definizione presa dal Dizionario Treccani, 2023. Dizionario online, disponibile al sito: <https://www.treccani.it/vocabolario/asimmetria/> (Accesso del 15/06/2023).

⁴⁷ N. Abbagnano, G. Fornero, *L’ideale e il reale*, Vol. III, Pearson Italia, Milano 2015.

Ha esaminato come il potere si manifesta attraverso diverse fonti, come l'autorità legale, il carisma e il controllo delle risorse, e ha evidenziato che le relazioni di potere spesso comportano asimmetrie e disuguaglianze ⁴⁸.

Infine anche Karl Marx e Friedrich Engels, nel loro lavoro sul materialismo storico, hanno affrontato la questione delle disuguaglianze di potere in termini di classe sociale e sfruttamento economico, mostrando il modo in cui i rapporti di produzione capitalista creano un'asimmetria di potere tra la classe lavoratrice e i capitalisti proprietari dei mezzi di produzione.

Riflessioni e studi sulle dinamiche del potere e disuguaglianze nelle relazioni sono stati poi applicati a diversi campi professionali, in *primis* quello medico.

3.3. Asimmetria di potere nelle professioni

Michael Foucault, filosofo francese del XX secolo, noto per le sue analisi sul potere e sulle dinamiche di controllo sociale, è forse colui che ha portato il contributo più significativo nell'analisi critica delle dinamiche di potere all'interno delle istituzioni sociali.

Le seguenti considerazioni, nonostante traggano origine dall'ambito medico, calzano a pennello anche con il servizio sociale in quanto le due professioni, come già accennato, presentano molte caratteristiche simili.

Il filosofo ha analizzato il modo in cui le istituzioni disciplinari, come le prigioni, le scuole e gli ospedali, esercitano il controllo sulle persone. In particolare, professioni quali la medicina e la psicologia sono caratterizzate da professionisti che detengono un potere significativo sulle persone che ricevono i loro servizi, derivante dalle conoscenze specialistiche acquisite durante gli anni di studi e di esperienza sul campo.

Questa disparità però fa sì che si vengano spesso a creare delle relazioni in cui i professionisti esercitano il potere sulle persone che sono in uno stato di bisogno o dipendenza, come i pazienti o gli assistiti. Si viene quindi a delineare un'asimmetria di potere in cui il professionista ha il controllo e il paziente o l'assistito si trova in una posizione di sottomissione.

Questa tipologia di relazione è quella che caratterizzava in particolar modo le prime fasi di sviluppo della professione di assistente sociale, nonché quella di medico, in cui alla base vi era una visione paternalistica, secondo cui il professionista assumeva decisioni da

⁴⁸ A. D'Atorre, *Le basi teoriche della sociologia del potere di Max Weber*, in "Filosofia politica", 2000.

solo per le persone che doveva assistere, senza includerle nel processo decisionale o senza condividere con loro la diagnosi. Come riportato da G. Gullace nella seconda parte dell'articolo *Comunicazione medica e la relazione con il paziente*:

Nella concezione ippocratica la relazione Medico – Paziente era di tipo paternalistico e nasceva come amicizia tra disuguali, uno squilibrato e asimmetrico rapporto tra la conoscenza e il potere del medico e la sottomissione e dipendenza del paziente entrambi alla ricerca di una alleanza per superare la malattia. Il paziente rappresentava la persona fragile, la persona da conoscere nel suo complesso per capire la malattia e poterla curare; mentre il medico rappresentava la persona competente per formazione, cultura, esperienza, colui che cercava di conoscere la persona da curare per liberarla dalle sofferenze e dalla malattia ⁴⁹.

È indubbio il fatto che medici e assistenti sociali siano professionisti con un grande potere e responsabilità in mano; infatti devono diagnosticare, prescrivere trattamenti e prendere decisioni sulla vita e sulla salute delle persone.

Il lavoro di Foucault però, invita ad una riflessione critica sulle dinamiche di potere all'interno delle istituzioni professionali e sulla necessità di bilanciare il potere con l'autonomia e il rispetto delle persone coinvolte ⁵⁰.

Anche il sociologo ed antropologo francese Pierre Bourdieu ha portato un grande contributo intorno al tema dell'asimmetria di potere nelle professioni. Per comprendere il suo pensiero è però necessario introdurre alcuni concetti, in *primis* quello di “campo sociale” e “capitale”.

Riprendendo le parole di M. Cerulo, contenute sulla presentazione del libro di P. Bourdieu, *Sul concetto di campo in sociologia*:

La sociologia di Bourdieu viene definita (da lui stesso) un modo di pensare relazionale, perché quello che conta nella sua analisi della realtà sociale è l'insieme delle relazioni che tengono insieme i soggetti. [...] Il concetto di campo, che rappresenta una delle innovazioni apportate dalla sociologia *bourdesiana*, significa quindi uno spazio sociale abitato da persone che sono in relazione l'una con l'altra e che sono costrette ad agire.

⁴⁹ G. Gullace, *Comunicazione medica e la relazione con il paziente*, in SISMED (Società italiana Scienze mediche), 2021. Articolo online, disponibile al sito: <https://www.sismed-it.com/la-comunicazione-in-medicina-parte2/?print=print> (Accesso del 03/07/2023).

⁵⁰ S. Catucci, *Introduzione a Foucault*, Editori Laterza, Bari-Roma 2019.

Il campo sociale è dunque un settore specifico della società, all'interno del quale le diverse persone che lo abitano sono in lotta (simbolica) tra loro ⁵¹.

Questi individui, definiti da Bourdieu agenti (in quanto costretti appunto ad agire) competono per il potere, la legittimità e il riconoscimento, ossia per le diverse forme del capitale.

Il concetto di capitale include diverse forme di risorse che conferiscono potere e vantaggi ai loro possessori, ed è la loro distribuzione diseguale a costituire quella che è l'asimmetria di potere nel campo sociale.

Il capitale presenta diverse forme. Il capitale economico si riferisce alle risorse finanziarie, come denaro, proprietà e investimenti, risorse che possono essere sfruttate per ottenere vantaggi nel campo sociale.

Il capitale culturale invece comprende le conoscenze, le competenze e l'istruzione di una persona. Esso può manifestarsi attraverso l'educazione formale, l'acquisizione di abilità specifiche e l'appartenenza a gruppi sociali che valorizzano certe forme di cultura. Chi ha un maggiore capitale culturale può utilizzarlo per guadagnare potere e influenza nel campo sociale.

Il capitale sociale si riferisce alle reti di relazioni sociali che una persona possiede e possono costituirsi attraverso l'appartenenza a gruppi, organizzazioni o comunità influenti, nonché attraverso il sostegno reciproco e le connessioni con persone di potere nel campo sociale. Chi ha un ampio capitale sociale può trarre vantaggio dalle opportunità offerte da tali connessioni e relazioni.

Infine, il capitale simbolico riguarda il prestigio, il riconoscimento e la reputazione sociale che una persona possiede nel campo sociale. Esso può essere ottenuto attraverso l'acquisizione di titoli accademici, premi, onorificenze o altre forme di riconoscimento sociale. Chi ha un maggiore capitale simbolico gode di una maggiore legittimità e influenza nel campo sociale.

Più una persona possiede capitale all'interno di un campo sociale, tanto più si verificherà un'asimmetria di potere nei confronti delle persone che ne possiedono meno.

Quindi, mentre per Foucault a determinare la disparità all'interno delle professioni è essenzialmente il potere, per Bourdieu la questione è più complessa e dipende dalla combinazione delle diverse forme di capitale. E, nel caso del professionista, ad essere maggiori rispetto al paziente/assistito sono quasi tutte le forme di capitale sociale.

⁵¹ P. Bourdieu, a cura di M. Cerulo, *Sul concetto di campo in sociologia*, Armando Editore, Roma 2010.

La filosofa politica e teorica sociale statunitense Nancy Fraser fa un'ulteriore considerazione riguardo all'asimmetria di potere insita in alcune professioni.

Lei considera, in *primis*, la giustizia sociale non solo come un qualcosa legato alla distribuzione economica delle risorse, ma anche al riconoscimento ed uguaglianza di *status*, che include: il rispetto, l'inclusione e la valorizzazione delle identità e delle differenze culturali.

Secondo la filosofa, quindi, l'asimmetria di potere si manifesta non solo attraverso le disuguaglianze economiche, ma anche attraverso delle forme di disuguaglianza nel riconoscimento sociale e nell'accesso a opportunità di carriera. Ciò potrebbe significare che alcune professioni o settori professionali attribuiscono un valore più elevato a determinate qualità o competenze, privilegiando alcune identità o gruppi rispetto ad altri. Fraser inoltre considera l'asimmetria di potere in un contesto più ampio. Secondo la sua analisi, il potere non è solo una questione di distribuzione economica, ma anche di accesso alle istituzioni politiche e alle risorse collettive. Ciò significa che l'asimmetria di potere nelle professioni può essere determinata dalla capacità di alcuni gruppi o individui di influenzare le politiche pubbliche, di plasmare le norme e di accedere alle risorse pubbliche.

Oltre a ciò, a determinare ulteriori disuguaglianze possono poi interagire altri fattori, quali: il genere, la classe sociale di appartenenza, la nazionalità, la religione, l'orientamento sessuale, eccetera ⁵².

Risulta allora sempre più complesso andare ad agire per cercare di mitigare queste forme di disuguaglianza, che comportano una grande asimmetria di potere all'interno di alcune professioni.

3.4. Come mitigare l'asimmetria di potere

Sia nel campo medico, che nel campo del servizio sociale, l'attenzione verso l'asimmetria di potere insita nella professione è andata crescendo nel corso degli ultimi decenni in Italia.

In campo medico, l'asimmetria può portare alla mancanza di comunicazione efficace e alla mancanza di coinvolgimento attivo del paziente nelle decisioni riguardanti la propria salute. Il paziente potrebbe non sentirsi in grado di esprimere le proprie preoccupazioni, fare domande o richiedere alternative di trattamento e ciò può portare ad una mancanza

⁵² N. Fraser, A. Honneth, *Redistribuzione o riconoscimento?*, Booklet Milano, Milano 2007.

di consapevolezza e ad una scarsa comprensione delle scelte che riguardano la propria salute.

Proprio per questo, a partire dagli anni '90 è diventata di fondamentale importanza la riflessione intorno alla relazione tra medico e paziente, nonché il consenso informato. Sono stati pubblicati articoli e studi che hanno evidenziato la necessità di coinvolgere attivamente i pazienti nel processo decisionale riguardante la loro salute ⁵³.

Allo stesso modo, negli anni '90 si è assistito ad un maggior riconoscimento dell'importanza dell'autonomia e dell'*empowerment* degli assistiti nel servizio sociale.

La Legge 328/2000 in particolare ha introdotto importanti principi, tra cui quello della partecipazione attiva delle persone che richiedono assistenza.

Infatti, l'asimmetria di potere nel servizio sociale può portare ad una dinamica in cui l'assistente sociale prende decisioni unilaterali senza coinvolgere attivamente l'assistito nel processo decisionale. Ciò può ridurre l'autonomia e l'*empowerment* delle persone che cercano aiuto e contribuire ad una dipendenza dal servizio invece di promuovere l'autonomia e la capacità di autogestione ed autodeterminazione.

In particolare, T. Bertotti nel suo libro *Decidere nel servizio sociale*, afferma:

Becket e Maynard mettono in guardia sulle logiche di potere e di controllo connesse alle politiche sociali e sulla possibilità che l'assistente sociale sia chiamato a rispondere a mandati contraddittori. Avvertono del rischio che l'autorità diventi espressione di paternalismo e manipolazione, quando la si utilizza per premere affinché l'utente si comporti in modo contrario alla sua volontà, facendogli credere di agire nel suo interesse e benessere. I pericoli, in questo caso, potrebbero essere:

- Di un'eccessiva attribuzione di competenza che porta ad asserzioni dogmatiche;
- Di esagerare le proprie capacità di influenzare le decisioni (le promesse di poter ottenere alcuni servizi);
- Della mancata assunzione di responsabilità o espletamento di compiti;
- Dell'abuso della propria posizione;
- Di minare il senso di efficacia e autostima degli utenti (sostituendosi a essi);
- Dell'indurre una riduzione del senso di responsabilità degli utenti nelle loro azioni o di trascurarne i diritti ⁵⁴.

⁵³ G. Gullace, *Comunicazione medica e la relazione con il paziente*, in SISMED (Società italiana Scienze mediche), 2021. Articolo online, disponibile al sito: <https://www.sismed-it.com/la-comunicazione-in-medicina-parte2/?print=print> (Accesso del 03/07/2023).

⁵⁴ T. Bertotti, *Decidere nel servizio sociale. Metodo e riflessioni etiche*, Carocci Faber Editore, Roma 2021.

Agire per mitigare l'asimmetria di potere è una sfida complessa, che richiede un impegno collettivo per promuovere l'equità e l'inclusione. Sono infatti necessari sforzi congiunti da parte delle organizzazioni, delle istituzioni, dei governi, dei professionisti stessi e della società nel suo complesso per promuovere un ambiente lavorativo equo, inclusivo e giusto nel relazionarsi alle persone con cui lavora.

In *primis* è fondamentale sensibilizzare e formare le persone all'asimmetria di potere nelle professioni. Per farlo è possibile includere programmi di formazione sulla diversità, equità e inclusione, nonché la promozione di una cultura organizzativa che valorizzi la diversità e contrasti le discriminazioni.

Però la sensibilizzazione non dovrebbe fermarsi ai professionisti, ma dovrebbe aprirsi a tutta la società, in particolare a tutte quelle persone che si rivolgono ai servizi.

È poi auspicabile una comunicazione efficace, che punti il più possibile ad essere aperta e trasparente. I professionisti dovrebbero essere attenti ad utilizzare un linguaggio comprensibile, evitando termini tecnici e fornendo informazioni chiare e dettagliate, soprattutto se di fronte a loro vi sono stranieri che non parlano o comprendono ancora perfettamente l'italiano. Bisognerebbe poi anche incoraggiare gli assistiti a fare domande, a esprimere le proprie preoccupazioni e a partecipare attivamente alle decisioni riguardanti la propria salute o il proprio benessere. Purtroppo però, molto spesso le persone hanno paura di fare domande, di mostrarsi ignoranti o titubanti rispetto alle alternative proposte.

È quindi importante che i professionisti spieghino in modo chiaro le possibili alternative e coinvolgano gli assistiti nel processo decisionale, rispettando il loro diritto di dare o negare il consenso. A volte è utile dare del tempo alla persona, in modo tale che possa riflettere per bene su tutte le alternative proposte.

Inoltre, come già accennato in precedenza, è importante adottare un approccio centrato sull'individuo, che metta in risalto i suoi bisogni, le sue preferenze e le sue prospettive.

È importante considerare i diversi contesti sociali e culturali di provenienza, nonché le diverse esperienze individuali, valori e principi. Bisogna puntare su interventi personalizzati e adeguati per ogni persona, cercando di andare oltre a quelli standardizzati.

Purtroppo questo punto è di difficile realizzazione nella sua totalità, in quanto spesso i professionisti di campo medico e di servizio sociale si devono far carico di una quantità di lavoro enorme, che richiederebbe più tempo di quanto ne posseggano nella realtà.

Oltre a cercare di essere centrati sull'individuo è fondamentale anche promuovere l'*empowerment*. Il termine comparve per la prima volta tra il 1950 e il 1960 e, da definizione del dizionario online Treccani, indica un insieme di azioni ed interventi mirati a rafforzare il potere di scelta degli individui e ad aumentarne poteri e responsabilità, migliorandone le competenze e le conoscenze ⁵⁵.

Il concetto di *empowerment* è molto importante, perché indica un processo attraverso il quale le persone acquisiscono il controllo sulla propria vita, sviluppando le capacità, le risorse e la fiducia necessarie per prendere decisioni e agire in modo autonomo. Ciò, quindi, consente agli individui di diventare agenti attivi e non solo passivi di decisioni altrui.

Inoltre, quando le scelte che prendono gli assistiti in autonomia, o comunque in collaborazione con i servizi, portano a dei successi, aumenta la loro fiducia nelle proprie capacità e ciò consente loro di continuare a mettersi alla prova, ponendosi sempre nuovi obiettivi e cercando di impegnarsi per raggiungerli.

Ma il concetto di *empowerment* non si limita ad apportare cambiamenti a livello individuale. Il concetto infatti ha grandi ripercussioni sull'intera società. Infatti, le persone che si sentono capaci e autorevoli sono più propense a impegnarsi in attività comunitarie, a prendere decisioni informate e a difendere i propri diritti e quelli degli altri. Tutto ciò può portare a un cambiamento sociale più ampio e decisivo. Quando le persone si sentono abilitate, possono mobilitarsi e lavorare insieme per affrontare le ingiustizie e promuovere il cambiamento in aree come i diritti umani, l'uguaglianza di genere, l'ambiente e altre questioni sociali.

Infine, per cercare di mitigare l'asimmetria di potere insita nelle professioni, è importante cercare sempre di analizzare e valutare il proprio operato. È infatti fondamentale che i professionisti siano aperti alla valutazione e al miglioramento continuo delle proprie pratiche, attraverso la ricezione di *feedback* dai pazienti o dagli assistiti o anche attraverso la partecipazione a programmi di formazione o aggiornamento e conferenze su tematiche etiche.

In conclusione, mitigare l'asimmetria di potere non risulta facile e per poter portare dei cambiamenti significativi è necessario che si mobilitino tutte le persone coinvolte, non solo il singolo professionista od assistito.

⁵⁵ Definizione presa dal Dizionario Treccani, 2023. Dizionario online, disponibile al sito: https://www.treccani.it/enciclopedia/empowerment_%28Dizionario-di-Economia-e-Finanza%29/ (Accesso del 03/07/2023).

3.5. L'asimmetria di potere nella pratica

L'asimmetria di potere è la prima tematica che ho cercato di indagare attraverso le interviste. La prima domanda che ho sottoposto è molto complessa e non prevede una risposta giusta e una sbagliata. Quello che mi limiterò a fare in questa sede sarà di analizzare alcune risposte, aprendo uno spazio di riflessione critica che punti a comprendere meglio come l'asimmetria di potere si traduca nella pratica.

Ho domandato ai diversi professionisti fino a che punto bisognasse mitigare l'asimmetria di potere fra il professionista stesso e l'assistito/paziente, indagando se, secondo loro, bisognasse porsi sullo stesso piano oppure se fosse necessaria una sorta di disparità.

Rispetto a questa questione ho riscontrato due principali linee di pensiero, che tra loro non sono opposte quanto piuttosto focalizzate su diversi aspetti.

La prima, comune a quattro medici su cinque, pone l'accento sul fatto che dipenda dal paziente stesso e da quello di cui ha bisogno in quel momento. Per capire meglio cosa s'intende ho riportato di seguito dei frammenti delle loro interviste.

Dipende dalla situazione, dipende anche dal paziente che si ha di fronte. C'è il paziente che ha bisogno di un'opinione personale che alla fine è calata comunque sulla realtà oggettiva dei fatti e sulla decisione clinica che viene da caratteristiche cliniche, non influenzata personalmente. Però comunque il dialogo e il rapporto con il paziente sono fondamentali per far raggiungere questo livello di vicinanza. È una delle tematiche che si discute di più l'empatia con il paziente, questo sicuramente deve esserci. In determinati momenti invece è necessario imporsi, far capire al paziente che c'è la necessità di un intervento per il suo bene (ad esempio l'indicazione ad un intervento chirurgico che se non effettuato può portare a delle complicanze gravi). È fondamentale che il paziente conosca rischi e benefici di ogni procedura. Questa è la base del consenso informato di ogni procedura e quindi è necessario che il paziente comprenda cosa può capitargli se fa l'intervento, se non lo fa e se lo fa quali complicanze potrebbe avere. Quindi deve valutare anche lui i rischi. Anche perché il paziente può rivolgersi ad un altro medico se ha bisogno di un altro parere. Spesso il medico si mette anche dal lato del paziente, proprio per questo si "abbassa" in realtà per mettersi nell'altra parte, non è propriamente un'asimmetria. (Medico A. 32 anni)

Ogni situazione e ogni paziente sono diversi. Ci sono dei pazienti che amano essere guidati mentre ce ne sono altri che, se non entri in simbiosi con loro, non riesci ad ottenere la *compliance* della strategia terapeutica e diagnostica. (Medico A. 66 anni)

Non credo che si debba essere sullo stesso piano, perché credo che il paziente chieda al sanitario una posizione non dico di distacco, ma di osservazione da un'altra prospettiva. Il paziente più volte cerca la guida di un sanitario che risolva il suo problema di salute. Se fossimo sullo stesso piano forse non lo farebbe. C'è un'altra questione, che è il fatto che molte delle scelte in temi di salute non sono delle scelte così univoche. La medicina non è come la matematica, non sempre una soluzione terapeutica o diagnostica è vera al 100%, il più delle volte è probabile. Per cui il paziente, che è posto di fronte a delle scelte (se fare o meno delle terapie) chiede una supervisione da una figura che abbia un certo distacco da lui. (Medico E. 58 anni)

Non è facile rispondere, perché dipende dalla persona che hai di fronte. Ci sono persone con cui puoi abbassare l'asimmetria, raggiungendo un pari livello e persone con cui in realtà è d'obbligo mantenere un'asimmetria, perché certe volte viene recepito meglio il messaggio che stai cercando di dare quando sei un po' più fermo nelle tue affermazioni. Il mio modo d'essere è cercare di entrare in empatia con le persone, quindi mettermi quasi a livello empatico con la persona, professionale no. La professionalità chiaramente è asimmetrica. (Medico F. 59 anni)

È interessante ragionare su questa necessità di imporsi, di guidare il paziente e di mantenere l'asimmetria che sentono alcuni professionisti. Infatti, da queste interviste emerge l'idea che a volte, porsi sullo stesso piano, possa rivelarsi controproducente. Ciò è legato a diverse ragioni psicologiche secondo cui le persone tendono a rifiutare più facilmente i consigli provenienti da fonti paritarie rispetto a fonti autoritarie. Quindi, in determinati casi, i professionisti preferiscono imporsi in modo tale da andare a ridurre le probabilità di un rifiuto da parte della persona. Porsi un gradino più in alto del paziente comporta però un duplice aspetto. Da un lato le persone spesso sono più aperte a ricevere consigli da coloro che ritengono competenti o esperti nella materia. Il parere di un professionista può venir visto come un qualcosa di sicuro, di cui fidarsi in quanto legato al suo ruolo, e non tanto alla sua persona, e perciò anche maggiormente oggettivo ed obbiettivo. Dall'altro lato però, proprio questa disparità e il *gap* di conoscenza, potrebbero far arrivare alla persona il parere del professionista come un'imposizione, con il rischio che si vada a minare il senso di autonomia e a costituire una resistenza naturale. Un'interessante riflessione riguardo a questo duplice lato dell'asimmetria me l'ha portata anche un'altra persona intervistata.

In che termini va vista la disparità? Sul piano umanistico vi è una parità ed è imprescindibile. Una disparità c'è sul piano delle competenze professionali. Il professionista non è in parità per forza di cose con colui o colei che chiede un aiuto rispetto ad un problema che non riesce a risolvere, che può essere di salute nel caso del medico o sociale nel caso dell'assistente sociale. Bisogna poi vedere se si vuole dare una connotazione negativa o positiva della disparità. Se un professionista ha studiato per spendere delle competenze a vantaggio di chi non le ha, non vedo un'eccezione negativa della disparità. In senso negativo ci può essere un cattivo uso di questa disparità a spregio del valore umano della persona che chiede aiuto. (Assistente Sociale D. 57 anni)

In questo caso la persona intervistata non si è limitata a rispondere alla domanda, ma ha cercato piuttosto di interrogarsi, ed interrogare me, sul senso profondo di tale asimmetria di potere. È assodato che vi sia una disparità tra professionista e persona assistita/paziente, è un qualcosa di insito in medicina e servizio sociale. Ma è davvero un qualcosa di negativo da combattere ed eliminare? Nelle interviste di prima abbiamo visto come, per la maggior parte dei medici intervistati, la disparità possa rappresentare un punto di forza, più che un ostacolo. Però, come fa notare l'assistente sociale nelle ultime righe, si può fare cattivo uso di tale disparità, magari imponendo il proprio pensiero e comunicando solo parzialmente le informazioni o filtrandole per fare in modo che la persona scelga ciò che desidera il professionista.

L'altra linea di pensiero riscontrata, comune a diversi intervistati, pone l'accento sulle strategie per andare ad appianare l'asimmetria di potere.

Secondo me è impossibile arrivare a mitigare questa asimmetria. La persona/assistito/familiare con cui si parla dovrebbe aver fatto lo stesso percorso formativo per essere realmente simmetrici nella comunicazione. Ci sono delle strategie, degli obblighi quasi, rispetto al fatto che bisogna dare una comunicazione più chiara e comprensibile possibile all'assistito di quelli che sono i benefici, scelte, responsabilità terapeutiche e non, per poi cercare di fare in modo che la persona scelga quella che può diventare la sua terapia, il suo percorso, la sua strada. (Assistente Sociale M. 39 anni)

Io sono per una co-costruzione dei progetti con le persone che si rivolgono a me. È importante capire con le persone quello di cui hanno bisogno e, insieme, si gestiscono le problematiche. (Assistente Sociale M. 45 anni)

Io penso che, aldilà del “si debba o non si debba”, dobbiamo essere chiari che c’è una disparità, perché tra il professionista e la persona che si rivolge a lui c’è un *gap* di competenza. Nel momento in cui la persona si rivolge al professionista, che ritiene esperto in un certo campo, si aspetta una superiorità in termini di competenza. Questo ha indubbiamente una rilevanza in termini di potere rispetto alle decisioni. È molto diversa la situazione del medico rispetto a quella dell’assistente sociale. Dal punto di vista del nostro Codice Deontologico, è importante lavorare sulla co-responsabilità, co-decisionalità, co-partecipazione della persona al progetto, quindi il coinvolgimento al massimo anche rispetto alla decisione della persona. Questo principio deontologico, rispetto ad un principio etico sul potere, impone una riflessione. C’è un obbligo, sul piano deontologico, di essere consapevoli dell’asimmetria fisiologica che si crea, per cercare il più possibile di rendere comunque compartecipi gli assistiti, perché assumano le decisioni. In questo senso io sento che si deve lavorare su una simmetria e su un allineamento in termini di potere. Di fatto, poi, sia per il fatto che noi abbiamo un ruolo istituzionale, che la persona accede al servizio e chiede qualcosa, inevitabilmente si crea un’asimmetria. Il dovere dell’assistente sociale è quello di esserne consapevole e di non imporre le decisioni. Bisogna lavorare sulla relazione e sulla co-responsabilità rispetto alle decisioni. Questo lo vedo anche nel medico, ma sicuramente, nel momento in cui il professionista medico ha delle conoscenze sul piano organico e dell’intervento, pensiamo ad esempio ad un chirurgo, c’è meno co-partecipazione. Per l’assistente sociale è diverso. Si parte dalla consapevolezza che l’asimmetria è fisiologica ma è importante il più possibile arrivare alla co-responsabilità con la persona. (Assistente sociale M. 60 anni)

Aldilà delle interessanti riflessioni sulle distinzioni tra assistente sociale e medico, su cui torneremo tra poco, queste due interviste accentuano l’appurata disparità e cercano di trovare delle strategie per appianarla. Il primo passo è sicuramente la comunicazione, che non dev’essere parziale e semplicistica ma completa, semplice ed esaustiva. Ho domandato ai diversi professionisti quali tecniche utilizzassero per aiutare gli assistiti e i pazienti a comprendere meglio le loro situazioni e hanno insistito tutti sull’importanza di fare esempi, utilizzare metafore e similitudini, lasciare del tempo per permettere alla persona di elaborare i concetti appena discussi ed infine cercare di tirare le fila del discorso per ripetere insieme alla persona gli aspetti più importanti che sono stati condivisi.

Nell’ultima intervista sono poi state esplicitate quelle che, secondo l’assistente sociale M., sono le distinzioni in termini di partecipazione alle decisioni, da parte delle persone,

nelle due professioni. L'idea di questa assistente sociale viene confermata anche dalle interviste precedenti dei medici, che hanno affermato quanto l'asimmetria possa essere utile e necessaria in alcuni casi. Gli assistenti sociali intervistati invece non sentono questa particolare necessità e, anzi, si impegnano a creare un percorso decisionale condiviso e co-partecipato con l'assistito, in modo da appianare quella che è la disparità di potere. Di primo acchito potrebbe dunque sembrare che, per quanto riguarda la tematica dell'asimmetria di potere, vi sia parecchia differenza tra le due professioni. C'è stata però un'intervista che ha messo in discussione questa teoria che sembrava quasi essere stata confermata:

Io lavoro nell'area della Medicina Fisica e Riabilitazione. È insito nella riabilitazione mettere il paziente al centro del trattamento. La prima cosa che noi dobbiamo pensare è quella di ascoltare le aspettative del paziente e andare incontro a queste. Per cui, dal punto di vista del rapporto, il paziente deve avere quasi un rapporto paritetico con il medico e con il *team* riabilitativo. Poi è chiaro che ci deve essere un rispetto dei ruoli. (Medico M. 61 anni)

Queste poche righe mi hanno portata all'idea che, forse, occorrerebbe superare la contrapposizione fra le due professioni. È troppo semplicistico affermare che l'assistente sociale lavora sulla co-partecipazione degli interventi mentre il medico si pone, se necessario, in una posizione più alta e ferma.

Il punto non è tanto la contrapposizione, quanto la somiglianza. L'area della riabilitazione pone al centro del trattamento il paziente, ed è ciò che comunemente viene fatto anche nel servizio sociale. Dall'altro lato sono poi presenti assistenti sociali che devono imporsi di più, rinunciando un po' a quella condivisione delle scelte e delle decisioni di cui si parla tanto nel Codice Deontologico, basti pensare ad esempio all'area della tutela minori o a quella penitenziaria, che quindi sembrerebbero avvicinarsi di più alla visione condivisa di alcuni medici intervistati.

La seconda domanda mira invece ad indagare quelle che possono essere le possibili tecniche per aiutare l'assistito/paziente a comprendere meglio la propria situazione. Come già accennato sopra, sono tutti d'accordo sul fatto che sia importante utilizzare termini semplici e vicini alla persona, metafore e similitudini, esempi concreti, eccetera.

A tal proposito è interessante andare a leggere un esempio concreto di similitudine che viene utilizzata da un medico che ho intervistato.

È necessario che la persona capisca, perché in questo campo (Medicina Fisica e Riabilitazione), quando il paziente prende coscienza della sua malattia, disfunzione, disabilità, capisce e riesce a comprendere meglio le strategie con le quali noi cerchiamo di arrivare all'obiettivo. Oltre al linguaggio semplice può essere utile usare similitudini. Cerchiamo ad esempio di far capire al paziente il comportamento funzionale del corpo con degli esempi semplici. Ad esempio, nella patologia del *disco intervertebrale*, io spesso ho modo di dire che un disco sano funziona come una molla e quindi il suo movimento è all'interno del cilindro, come con la molla. Quando invece il disco si ammala funziona come una palla piena d'acqua, quindi come tu lo premi, così come quando premi la palla piena d'acqua, il cilindro si allarga e ciò è il segno della patologia. Con questi esempi il paziente riesce a capire. Così come quando spieghi che anche il corpo umano risponde a meccanica, idraulica e anche elettronica, spiegando con termini più di uso comune il motivo della patologia. (Medico M. 61 anni)

Un'ulteriore strategia è quella di enfatizzare e concentrarsi maggiormente sugli aspetti "positivi", su quello che si può fare e mantenere inalterato, rispetto a quello che non si può fare. Ciò consente alla persona di continuare ad avere speranza ed è fondamentale riuscire a mantenere, per quanto possibile, un atteggiamento prepositivo e non rinunciatario, in quanto può andare ad incidere su quelli che saranno gli effetti degli interventi messi in atto. La depressione e l'ansia, ad esempio, non aiutano e pesano in maniera negativa sul corpo e mente della persona, nonché sul percorso che sta affrontando. È difficile concentrarsi sugli aspetti positivi quando sembrano non esserci o quando sono in percentuale minima rispetto a quelli negativi, però è uno sforzo importante che il professionista può mettere in atto per aiutare il paziente/assistito. Per comprendere meglio queste parole ho deciso di riportare un frammento dell'intervista con un medico che, nonostante non si interfacci direttamente con i pazienti, ne analizza i diversi campioni in laboratorio.

Nella mia specialità (Anatomia Patologica) noi non abbiamo grandi contatti con i pazienti, perché le nostre diagnosi vengono prese in carico da altri professionisti, piuttosto che direttamente dai pazienti. Larga parte del nostro colloquio con i pazienti avviene con un referto scritto. Detto questo, se mi trovo a discutere di un caso che io ho analizzato con un paziente, cerco di categorizzare la gravità della diagnosi. Se la diagnosi è in benignità, evidenzio maggiormente i lati positivi, dicendo che è una diagnosi di poco conto, che non porterà a morte il paziente, eccetera. Viceversa, se la diagnosi ha un gradiente di

complessità o di malignità superiore cerco, seppur dando delle informazioni sulla gravità della diagnosi, di valorizzare gli aspetti più positivi, in modo che il paziente possa trovare nelle parole le prospettive per la cura. (Medico E. 58 anni)

È poi importante domandare alla persona se è tutto chiaro, se ha compreso quello che è stato condiviso. In alcuni casi può essere utile invitare al colloquio un'altra persona vicina all'assistito/paziente, che possa aiutarla a comprendere meglio la situazione, soprattutto nei casi di maggior fragilità e vulnerabilità. Sono molti i professionisti che invitano una terza persona al colloquio e mi hanno spiegato che solitamente questa richiesta viene recepita in modo positivo ed è tra le migliori strategie che si possono adottare.

Infatti, nonostante medico e assistente sociale cerchino di modellare e adattare il linguaggio sulla base della persona che hanno davanti, ciò può non essere sufficiente. Alcune realtà sono difficili da comprendere ed accettare e, proprio in questi casi, la presenza di un familiare o di un amico può essere determinante in quanto conosce meglio il paziente/assistito e può far comprendere in modo più efficace determinati messaggi.

Per comprendere meglio questa possibilità è utile andare a leggere quella che è l'esperienza di un'assistente sociale che lavora nell'area *Hospice*.

L'obiettivo è che l'informazione venga compresa nel miglior modo possibile; quindi, a seconda dell'interlocutore che ho davanti, uso un tipo di linguaggio diverso, magari più tecnico con persone che mi sembra abbiano dimestichezza con questi termini. Più spesso invece mi capita di usare termini molto più semplici ed immagini, per fare in modo che la persona comprenda. Lascio spesso e volentieri, dopo la comunicazione, un po' di tempo per poi farmi ripetere dalla persona stessa di che cosa abbiamo parlato, per capire se effettivamente l'informazione è arrivata ed è stata chiara. Poi, nella maggior parte dei casi, se ce n'è la possibilità, faccio in modo che non ci sia mai una decisione nel momento in cui facciamo il colloquio; faccio il colloquio e ci si prende un po' di tempo e poi si fa la scelta, per lasciare che ci sia uno spazio di riflessione. Una cosa che spesso aiuta, nel momento in cui i *feedback* sono negativi (quindi cerco di capire se la persona ha compreso ma per qualche ragione non ci si capisce bene), è quella di chiedere l'intervento di una terza figura, che è una persona di fiducia dell'assistito, con cui magari fare o rifare il colloquio e che possa aiutarmi a veicolare l'informazione nel modo giusto e più comprensibile a chi ho di fronte. Spesso ci sono persone anziane, o che parlano solo il dialetto e quindi il supporto di un amico, di una sorella o di un figlio, può essere utile per fare in modo che decidano in modo appropriato, sulla base delle informazioni corrette.

Quando organizzo il colloquio lo faccio telefonicamente e racconto quello che sarebbe l'obiettivo e chiedo spesso se può partecipare qualcun altro, perché già magari dal contatto telefonico capisco che c'è una difficoltà, che ogni tanto è anche emotiva, e quindi una terza persona può aiutare. (Assistente sociale M. 39 anni)

Le informazioni che deve comunicare un'assistente sociale che lavora nel reparto *Hospice* sono sicuramente più difficili rispetto a quelle che deve comunicare un'assistente sociale che lavora in altri ambiti. Proprio per questo ho deciso di riportare questo frammento di intervista rispetto ad altri.

Ad incidere nella comunicazione però non sono solo le parole usate, il tempo che ci si prende per il dialogo, le persone coinvolte o gli esempi usati, ma anche il linguaggio non verbale. Prima di andarlo ad analizzare nello specifico vorrei riportare due interviste che mi hanno portata molto a riflettere su questo tema.

Quando spiego qualcosa, faccio attenzione al livello culturale e linguistico della persona. Ad esempio, parlo in dialetto se la persona usa il dialetto, parlo un italiano semplice o cerco di utilizzare qualche *slang* o parole non italiane, se le conosco, se la persona è straniera. Quando non conosco la lingua delle persone che ho davanti uso dei mediatori, perché la comunicazione è fondamentale. Cerco di avvicinarmi alla persona nel miglior modo possibile. Uso anche il linguaggio non verbale in maniera cosciente. Ad esempio, quando mi occupavo di AIDS, toccavo molto le persone (mano sulla spalla, baci finali, eccetera). Utilizzo anche molto il sorriso, cerco di essere sempre cordiale. Con i bambini, cerco di non trattarli da "stupidi" ma di utilizzare un linguaggio diverso, usando magari anche gli strumenti del gioco e del disegno se possibile. Cerco poi di farmi capire. Se mi accorgo che la persona non ha capito, provo a spiegare in modo diverso. Cerco di non far pesare quello che la persona non sa. Mi capita di ripetere la stessa cosa in più occasioni, con la pazienza di sapere che certe volte ci vuole più tempo affinché passi il concetto. (Assistente sociale S. 60 anni)

Per far sì che la persona comprenda meglio, come prima cosa mi siedo sul bordo del letto e chiacchiero del più e del meno. Solo in seguito entro in argomento. Cerco di utilizzare un linguaggio molto semplice, facendo anche degli esempi di livello adeguato a quella che reputo essere la capacità di comprensione del paziente. (Medico A. 66 anni)

La prima intervista è ricca di esempi e ho trovato particolarmente toccante l'esperienza relativa all'AIDS, anche perché l'assistente sociale se ne è occupata agli esordi, quando ancora era una malattia pervasa da stereotipi e pregiudizi. All'inizio l'AIDS, nella mentalità comune, veniva legata all'omosessualità e a comportamenti ad alto rischio a livello sessuale; perciò, chi ne soffriva, veniva emarginato e giudicato negativamente a priori. Inoltre, vista l'enorme disinformazione, molti credevano che l'AIDS potesse trasmettersi anche attraverso il semplice tocco o scambio di saliva. Tutto ciò non ha fatto che aumentare la repulsione della cittadinanza nei confronti dei malati. In questo clima carico di astio e di distanza, lavorare con queste persone non dev'essere stato per nulla facile e, trovare il coraggio di rompere gli schemi ed avvicinarsi ai malati, ancora meno. Gli assistenti sociali non avevano l'obbligo di toccarli, perciò il contatto fisico che descrive S. è stato volontario e ha trasmesso un grandissimo messaggio. È andata oltre alla semplice comunicazione, inserendo nel rapporto quello di cui avevano bisogno queste persone: vicinanza.

Anche l'esempio che ha portato rispetto al lavoro con i bambini è importante, in quanto molto spesso si dà per scontato che i bambini, in quanto tali, non possano comprendere e quindi la comunicazione tra professionista e assistito/paziente diventa ancora più asimmetrica. È utile, piuttosto, considerarli semplicemente individui di età inferiore, non "stupidi", per l'appunto, ed imparare ad utilizzare degli strumenti più efficaci con loro. Quando è difficile spiegare, o farsi spiegare qualcosa attraverso le parole, si può infatti ricorrere al disegno, alla gestualità e a molto altro. Molto spesso, infatti, i bambini comunicano le loro emozioni e sensazioni attraverso il disegno e non sempre è facile codificare i segnali. Lo strumento non va però relegato alla sola sfera dell'infanzia, può infatti essere utile in tutte le fasi della vita della persona. A tal proposito è importante citare la *Graphic Medicine*, ossia una branca della medicina narrativa che esplora e supporta l'interazione tra il mezzo espressivo del fumetto e diverse tematiche legate al mondo della medicina. Il termine, accompagnato dalla definizione, è nato nel 2007 grazie all'intuizione del medico, disegnatore e sceneggiatore Dr. Ian Williams. Nel corso del tempo, a questo primo nucleo si sono aggiunti autori e ricercatori provenienti dalla Gran Bretagna, dagli Stati Uniti e dal Canada, fino alla fondazione nel 2019 del *Graphic Medicine International Collective*, gruppo interdisciplinare di cultori della materia attivo in diversi paesi, tra cui anche l'Italia. La *Graphic Medicine* si occupa di diversi temi, che vanno dalle diverse malattie e patologie al rapporto tra professionista e paziente e consente di rappresentare su carta la propria esperienza, sia dal punto di vista del paziente

sia dal punto di vista del professionista che lo aveva in carico. Riprendendo le parole dell'Associazione Culturale *Graphic Medicine* Italia:

Attraverso la fruizione di un fumetto sulla malattia, infatti, ricercatori e specialisti possono empatizzare con maggior facilità con il paziente, comprendere meglio il corso di una patologia attraverso il punto di vista di quest'ultimo o accedere a "confessioni" che il narratore faticerebbe a esprimere in un colloquio, ma che in un racconto trovano forma e vita "diaristica". Allo stesso tempo, grazie alla lettura di queste opere, pazienti e *caregiver* possono trovare un sollievo e una condivisione della stessa esperienza, arrivando ad uscire dalla condizione di solitudine che spesso malattia e disabilità comportano ⁵⁶.

Della seconda intervista invece mi ha colpito il fatto che il medico, prima di iniziare a spiegare la situazione al paziente, si sedesse sul bordo del letto e chiacchierasse del più e del meno. Non credo sia l'unico medico ad adottare questa strategia, però è l'unico che me ne ha parlato e l'ho trovato particolarmente interessante. Sedersi sul letto fa sì che si vada a diminuire quella che è la distanza interpersonale, almeno a livello spaziale, tra il professionista e il paziente. Infatti, se il medico sta in piedi e l'altra persona è distesa sul letto vi è di fatto una grande lontananza tra i due e, già il semplice gesto di "abbassarsi" per sedersi ed avvicinarsi al paziente, comunica implicitamente molto. Anche le chiacchiere sul più e il meno sono importanti, in quanto vanno a rafforzare quello che è il rapporto fra le due persone, piuttosto che fra i due ruoli.

Il tema della comunicazione è stato analizzato in diversi approcci e discipline: dalla psicologia, alla filosofia, passando anche per la sociologia. Nella seconda metà del '900 è nata l'etica della comunicazione, disciplina sviluppatasi dapprima nel contesto anglo-americano e poi anche nel resto del mondo. Lo scopo della disciplina è quello di fondare, in termini filosofici, ciò che può essere definito "buono" in un senso morale e di motivare l'adozione dei comportamenti comunicativi che lo promuovono. L'etica della comunicazione, secondo Adriano Fabris che ne discute ampiamente nel suo libro *Etica della comunicazione*, si articola in tre principali "approcci". Il primo, che è quello che più ci interessa in questa sede, riguarda l'approccio deontologico. Infatti, con l'emergere dell'aspetto deontologico, si delinea l'esigenza di una regolamentazione dei processi

⁵⁶ Associazione Culturale *Graphic Medicine*, *La disciplina*. Definizione online, disponibile al sito: <https://graphicmedicineitalia.org/pagine/la-disciplina/> (Accesso del 28/11/2023).

comunicativi che caratterizzano delle determinate professioni. La comunicazione non si può evitare, come ricorda il primo assioma della comunicazione “*Non si può non comunicare*⁵⁷”, è però possibile comunicare bene o male. Sono molte le scelte che vengono prese, anche implicitamente, durante un processo comunicativo: cosa dire, come dirlo, quale tono di voce usare, come porsi con il corpo, se fare esempi, se ripetere alcune parole, eccetera. Nelle professioni di assistente sociale e medico queste scelte sono molto importanti e si ripercuotono su quelli che poi sono i percorsi delle persone con cui lavorano. Una comunicazione, in generale, è davvero efficace quando viene costruita sul singolo paziente o sul singolo assistito. I professionisti inoltre dovrebbero adattare di volta in volta il linguaggio in modo da renderlo comprensibile e culturalmente sensibile, tenendo conto della diversità di esperienze, culture e *background* delle persone che hanno di fronte. Rispetto a queste questioni è importante citare Paul Ricoeur, filosofo francese noto per il suo lavoro nella fenomenologia, nell’ermeneutica e nella filosofia della narrazione. Egli ha infatti affrontato diverse questioni legate alla comunicazione, comprese le dinamiche comunicative nei contesti clinici. Sebbene non sia un esperto specifico nella comunicazione tra professionisti della salute e pazienti, il suo lavoro sulla comprensione, l’interpretazione e la narrativa offre diverse prospettive interessanti.

Dal punto di vista ermeneutico, Ricoeur pone attenzione a diversi aspetti. In *primis* è fondamentale la comprensione del contesto e ciò, in ambito professionale, si traduce nella comprensione della storia del paziente/assistito; infatti, per capire la persona è importante conoscere il contesto di cui fa parte, inclusi gli eventi passati, le influenze culturali e i fattori sociali. I professionisti dovrebbero cercare di comprendere come questi elementi contribuiscono alla definizione delle persone che hanno davanti e alla loro percezione delle situazioni in cui si trovano.

È necessario poi considerare il contesto specifico in cui avviene la comunicazione. Ad esempio, bisogna tenere conto della presenza di familiari, dell’ambiente fisico in cui si svolge il colloquio e di tutte le altre dinamiche che possono influenzare la comprensione del messaggio e la risposta del paziente. Possono sembrare questioni superflue ma in realtà non lo sono affatto. La cromoterapia, ossia la disciplina che sostiene che vi sia un collegamento tra il colore e il benessere (o malessere) psicofisico dell’individuo, afferma che, soprattutto in luoghi quali gli studi medici e gli ospedali, è necessario pensare con attenzione all’arredamento e ai colori da utilizzare. Molto spesso viene utilizzato come

⁵⁷ P. Watzlawick, H. Janet, J. H. Beavin, D. D. Jackson, *Pragmatica della comunicazione umana: studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*, Astrolabio, Roma 2008.

colore il verde, perché si ritiene che susciti comportamenti amichevoli. Anche l'azzurro viene molto utilizzato e viene associato al *relax* e alla serenità, comunicando un'idea di totale calma ⁵⁸.

È poi importante considerare la comunicazione che si viene a creare come un dialogo interpretativo, in cui i professionisti e pazienti/assistiti cercano di costruire significato insieme, aprendosi entrambi al confronto, riconoscendo che la comprensione completa può richiedere una collaborazione continua. Questo significa anche lavorare insieme alla persona anche nelle fasi di diagnosi e valutazione del caso, discutendo le possibili strade da intraprendere. Il linguaggio in questa fase deve essere il più chiaro e semplice possibile, evitando ambiguità che potrebbero compromettere la comprensione. Come già accennato in precedenza, ci sono però casi in cui non è possibile comunicare verbalmente ogni informazione al paziente, in questi casi sarebbe comunque utile cercare di trovare un compromesso, utilizzando magari altri strumenti o includendo qualcun altro nella comunicazione. Bisogna inoltre essere consapevoli del proprio linguaggio non verbale, in quanto si comunica diversamente in base alle diverse espressioni facciali, linguaggio del corpo e tono di voce messi in atto. Ad esempio, una presa di distanza, dei toni piatti e un'espressione impassibile non fanno che comunicare un atteggiamento di chiusura da parte del professionista. Si è provato quanto il linguaggio non verbale sia fondamentale e determinante soprattutto a seguito della pandemia da COVID-19, quando i professionisti dovevano stare a distanza dalle persone, indossare mascherine e guanti e parlando, negli uffici, dietro ad una barriera trasparente. Ciò ha fatto sentire gli assistiti e i pazienti molto più soli, quasi abbandonati in alcuni casi. Si potrebbe a lungo discutere sulle implicazioni che ha avuto la pandemia sul rapporto tra professionisti e le persone che assistono e curano, ma quello su cui voglio porre l'accento non è tanto questo, quanto il fatto che un cambiamento c'è stato e che ora sarebbe importante andare a recuperare il senso di vicinanza che si è andato quasi perduto con la pandemia.

Tornando al filosofo Ricoeur, egli ha fornito importanti contributi anche dal punto di vista narrativo della comunicazione. La vita dell'assistito/paziente può essere considerata come una storia, che merita di essere raccontata dalle persone e ascoltata attivamente dai professionisti. La narrazione è fondamentale per comprendere appieno le persone. Ciò implica, non solo prestare attenzione ai fatti medici e sociali, ma anche cogliere il

⁵⁸ P. Santagostino, *Il colore in casa. Come sfruttare gli effetti psicofisici dei colori per una casa più sana e ambienti più accoglienti*, Apogeo, Milano 2006.

significato e l'importanza emotiva di ciò che la persona sta condividendo. Infatti, un ascolto più empatico, può facilitare la costruzione di una relazione forte e collaborativa. Ascoltare e comprendere il punto di vista dell'assistito/paziente può essere poi un punto di partenza per costruire una narrazione congiunta, che tenga conto anche delle prospettive del medico e dell'assistente sociale. Ricoeur insiste molto sulla co-costruzione del significato attraverso un dialogo interpretativo. Applicato al contesto medico e di servizio sociale, ciò significa che professionisti e assistiti/pazienti dovrebbero partecipare a un dialogo in cui si condividono interpretazioni e in cui si lavora insieme per sviluppare una comprensione comune della situazione. Questa prospettiva richiede quindi una partecipazione attiva da parte del paziente, che è portato ad esprimere le proprie esperienze, preoccupazioni ed obiettivi.

Infine, Ricoeur espone un'etica delle relazioni intesa come una prospettiva che pone l'accento sull'importanza delle relazioni umane nella costruzione del significato, dell'identità e della responsabilità etica. Sono necessari il rispetto per l'altro, nonché il riconoscimento della sua unicità ed autonomia e la consapevolezza che nelle relazioni umane vi possano essere delle disparità di potere e che bisogna lavorare per mitigarle attraverso una comunicazione aperta, trasparente e collaborativa.

Quest'ultima frase può sembrare ridondante, in quanto ripete quello che è già stato affermato in precedenza; in realtà Ricoeur pone l'accento su un aspetto molto importante legato all'asimmetria di potere. Il filosofo, infatti, sottolinea che, nonostante vi sia questa disparità, entrambi gli individui hanno degli obblighi, dei doveri e, soprattutto, delle responsabilità. Egli sottolinea come il processo decisionale debba venir condiviso tra i diversi individui coinvolti e per far ciò bisogna essere trasparenti ed onesti al massimo, evitando di tenere alcune informazioni segrete. Oltre all'empatia, già citata, è necessario essere anche compassionevoli, nel senso di dimostrare compassione e comprensione rispetto alle sfide emotive che possono accompagnare i pazienti/assistiti.

Non sono tematiche semplici, né a livello teorico e né, tanto meno, a quello pratico. È importante non sottovalutare queste tematiche e riconoscere quanto complesse possano essere le relazioni tra i professionisti e i pazienti/assistiti. Molto difficile, per i professionisti, è poi riuscire ad essere coerenti tra i valori professati e le azioni effettive. Non sempre, infatti, si riesce ad agire rispettando tutti i valori in cui si crede. Soprattutto di fronte a situazioni complesse e dilemmatiche è necessario soppesare diversi valori e trovare un compromesso. Su quest'ultimo aspetto torneremo in seguito.

Rispetto alla tematica dell'asimmetria di potere, e della comunicazione tra professionista e paziente/assistito, c'è un'ultima domanda che ho sottoposto agli intervistati, accompagnata da un dilemma etico. Questa domanda è una tra quelle che ha maggiormente messo in difficoltà i professionisti. Ho infatti domandato se comunicassero sempre la verità ai pazienti/assistiti o se ci fossero stati casi in cui non l'avessero fatto per alcune ragioni. Tutti e dieci gli intervistati hanno affermato di dire sempre la verità, o per lo meno di provarci. In quasi tutte le interviste però mi è stato specificato che la verità venisse detta per *step*, con le giuste parole e i giusti tempi e coinvolgendo se necessario altre persone. Riprendendo le loro parole:

La verità è un farmaco e dev'essere somministrata alla giusta dose e alla giusta persona. Si può dire anche la mezza verità in alcuni casi. (Medico A. 66 anni)

Solitamente si cerca di non parlare *face to face* al paziente ma di scrivere o chiamare al medico di famiglia, oppure si parla con i parenti in separata sede di quello che è stato rilevato. Per cui, per quanto riguarda la mia specialità (Medicina Fisica e Riabilitazione), il rapporto tra medico e paziente è molto diretto e paritetico. Ci sono delle eccezioni che sono legate allo stato psicologico del paziente. Se ti rendi conto che il paziente è molto emozionabile e fortemente impressionabile, allora cerchi di dare la verità al paziente goccia dopo goccia, in maniera che ci sia accettazione in *primis* della malattia/disabilità. Questo avviene in particolare nelle patologie neurologiche, dove tu puoi pensare che il paziente non recupererà mai il cammino ma certamente in prima visita non puoi dirglielo. In quel caso allora noi cerchiamo piano piano di comunicare delle verità modificate in maniera che il paziente abbia tempo di digerire quella che è la sua malattia e il suo percorso futuro. (Medico M. 61 anni)

Io personalmente dico sempre la verità, però cerco di farlo con il massimo tatto possibile, usando anche similitudini e/o metafore per spiegare meglio il concetto con parole semplici. Per cui sicuramente bisogna prendere tutto con le pinze e cercare di dare l'informazione con molto tatto, specie nel paziente oncologico. Le informazioni vanno soppesate e vanno calibrate anche con le tempistiche con cui fornirle (a rate, ad esempio, perché non pesino troppo). Questo in particolare nel rapporto chirurgico. Abbiamo approfondito il tema anche all'interno della scuola di specializzazione, in occasione di lezioni con degli oncologi che appunto hanno parlato del rapporto medico-paziente e che inseriscono il paziente all'interno di un percorso in cui l'informazione viene rivelata per *step* e dalle persone più giuste. Per cui la verità sì, in qualche maniera arriva, ma arriva

frazionata, nel modo più giusto per l'impatto che ha con il paziente. Inoltre, quando il paziente entra in ospedale, firma un foglio in cui viene definito a quali persone il medico può dare delle informazioni cliniche sullo stato di salute e sulle possibili decisioni. Per cui nel momento in cui il paziente non dà l'autorizzazione a determinate persone di recepire le informazioni su se stesso, il medico deve rispettare questa decisione, per quanto esse siano familiari. Per cui è lui il primo, il titolare dell'informazione sul paziente. Tuttavia, quando il paziente presta il consenso, la rete familiare diventa fondamentale. (Medico A. 32 anni)

Intanto sulla parola "verità" si potrebbero fare tantissimi ragionamenti. Quella che per me è verità potrebbe non esserlo per l'altra persona. Quello che credo sia importante è un'esame di realtà e l'aiutare la persona, il più possibile, a condividere questa rappresentazione. Ciò non significa aderire alla mia rappresentazione, bisogna cercare di esplicitarle assieme, per sapere entrambi di cosa stiamo parlando. Ci sono delle realtà estremamente difficili, pensiamo ad esempio a quando bisogna comunicare ad un genitore un provvedimento del Tribunale o restituire gli elementi di una relazione con pareri negativi. Queste sono delle valutazioni che rappresentano dei dati di realtà, che noi leggiamo in quel modo. Io credo che sia necessario lavorare sull'esplicitazione. Perché i fraintendimenti, le diverse rappresentazioni non esplicitate, creano delle posizioni a volte anche contrapposte. Quindi, bisogna esplicitare anche un ruolo "autoritario". È difficile dire ad un genitore che c'è un provvedimento di allontanamento di un figlio. Ci sono delle verità durissime da acquisire e affrontare. È molto difficile ma è assolutamente necessario affrontare queste verità perché altrimenti si prenderebbero due strade diverse. Per definire un progetto è indispensabile imparare anche ad affrontare queste verità, nel rispetto della persona. (Assistente sociale M. 60 anni)

Con gradualità e con i giusti tempi, cerco di fare il possibile per arrivare a spiegare tutto. Secondo me tutte le cose si possono dire. È necessario però che la persona sia pronta a recepirle e che ci sia una relazione di fiducia, in modo tale che quello che viene comunicato venga anche compreso. Dal mio punto di vista è un processo dire la verità, per cui cerco di dirla ma avendo delle attenzioni. Potrebbe essere una rivelazione della verità a fasi, oppure si esplicita dando poi un momento alla persona per vedere l'effetto che ha fatto. (Assistente sociale M. 45 anni)

Comunico sempre la verità, con i dovuti modi e, se necessario, in più *step*. Bisogna comunicare la verità accettabile per la persona. (Assistente sociale S. 60 anni)

Prima di scendere nel merito della questione ritengo utile citare anche le risposte degli intervistati rispetto ad un dilemma etico che ho portato loro. Il dilemma mi ha permesso di comprendere più a fondo la discrepanza che spesso si viene a creare tra la teoria e la pratica. Infatti, nella domanda precedente sopra citata, domandavo agli intervistati se comunicassero la verità; nel dilemma etico invece portavo una situazione concreta e domandavo loro come avrebbero agito. Questo punto è quello che ha messo maggiormente in difficoltà gli intervistati, in quanto domandava proprio di prendere una posizione, bilanciando i diversi principi in gioco. Riporto il dilemma così come è stato elaborato dal filosofo e sociologo austriaco Feyerabend:

Davanti a me c'è una donna morente. Tutta la sua felicità risiede in suo figlio. Lei soffre moltissimo e sa di essere in punto di morte. Chiede: "Che ne è di Arturo?". E Arturo attualmente è in prigione ⁵⁹.

Il dilemma è molto complesso e richiede al professionista di decidere se dire la verità, o comunque una mezza verità, riguardo al figlio alla signora, se tacere oppure se mentire. Alcuni intervistati mi hanno sorpresa in quanto sono hanno portato diverse analisi e possibilità di intervento.

Se suo figlio è in prigione e lei sta morendo si può anche dire alla signora che suo figlio è in un luogo distante da lei, che la sta pensando. Si può quindi dire una verità accettabile. È chiaro però che, se la signora mi domanda se il figlio è in prigione, le direi di sì. Fa poi differenza se il "sta morendo" è un qualcosa di prossimo o se ci vogliono mesi. Bisogna poi anche cercare di capire cosa intende la signora quando chiede che ne è del figlio. Quindi la farei parlare del figlio, prima di dirle che è in prigione, e vedo a che punto è la signora. Se la signora ha già un sospetto molto forte, perché magari l'uomo ha ammazzato la moglie due anni prima, è chiaro che le direi la verità. Se invece la signora non lo vede da 10 anni e non sa dove sia, non le direi che il figlio è in prigione subito. (Assistente sociale S. 60 anni)

In *primis* spererei di avere il tempo per prepararmi per il colloquio con la signora. Spererei anche di avere maggiori elementi, per spiegare la situazione alla signora e rendergliela comprensibile. Non è comunque detto che la signora muoia e che non venga a sapere la verità. Quindi cercherei di dirle che il figlio è in un luogo sicuro, in cui sta facendo un

⁵⁹ P. K. Feyerabend, *Dialogo sul metodo*, a cura di R. Corvi, Laterza, Roma-Bari 1995.

percorso e che non appena avremo delle notizie più certe e definite gliele faremo sapere. Questo è un modo per trovare un compromesso. È un po' difficile come situazione. (Assistente sociale M. 45 anni)

Penserei in quel momento a qual è il male minore per la signora. In ogni caso lei soffrirebbe e quindi comunque si andrebbe ad influire sulla sofferenza. Se si dicesse la verità tale e quale in quel momento, da una parte risponderai ad un criterio di giustizia ed informazione, però la farei soffrire. Dall'altro lato tacere tutto non sarebbe giusto rispetto al principio di correttezza. Mi chiederei quale sarebbe il dolore più forte per lei o quello minore. Cercherei di capire come lei sta pensando suo figlio in quel momento lì. Se lei lo pensa felice, a casa e sereno, penserei che lei voglia sentirsi dire questo, anche se non è la verità. Se invece lei stessa mi pone la domanda "è in prigione?", perché ha il dubbio, e quindi nella sua mente si è già fatta spazio questa opzione, forse direi qualcosa. (Assistente sociale D. 57 anni)

Sarebbe necessario sapere che tipo di legame c'è tra questa mamma e questo figlio, conoscere un po' la loro storia. Magari è una mamma che sa che il figlio ha fatto delle scelte che l'hanno portato, magari anche in precedenza, a confrontarsi con il sistema legale e quindi ha già affrontato detenzioni, oppure ha avuto percorsi di abuso di sostanze; quindi sarebbe importantissimo sapere la loro storia, il loro tipo di legame. In base a quello mi muoverei. Se c'è una donna che conosce quelle che sono le fragilità e scelte del figlio penso di poterle dire che il figlio, in questo momento, non è disponibile e che è trattenuto e cercherei di fare in modo di capire che cosa si può fare per metterli in contatto. Anche se una persona è in detenzione ci sono dei permessi, c'è la possibilità ogni tanto ed in alcuni casi, di mettersi in contatto telefonico o anche di fare visita. A quel punto dire la verità permetterebbe magari un incontro. Se invece la donna è all'oscuro di tutto cercherei di capire se la signora è nella condizione di poter reggere questa verità. Secondo me ogni tanto noi operatori scegliamo al posto delle persone. Se questa donna potrà dispiacersi che il figlio sia detenuto ma magari il suo bisogno di salutarlo e di dirgli le cose è più grande del dispiacere allora perché non dire la verità e fare in modo che possano contattarsi? Poi il figlio magari sceglierà di dirle tutto, non io. Sarebbe utile avere informazioni per trovare il figlio e capire anche se lui vuole parlarle. Non so ad esempio se il figlio sa che la madre è morente. Bisogna entrare molto di più nel merito del caso. Per me comunque dipenderebbe molto dalla persona che ho di fronte. (Assistente sociale M. 39 anni)

Io penso che la verità sia funzionale al progetto. Mi chiedo, a che cosa serve a questa signora, che sta morendo, sapere che c'è questa situazione così critica del figlio? Io penso che farei di tutto per far sì che lui possa uscire per vederla. Perché se la sua consolazione è il figlio in sé, a questo punto a cosa le serve sapere il destino o la strada del figlio o misurare la propria realizzazione sulla vita di suo figlio? Io farei di tutto per far sì che suo figlio abbia un permesso per salutare la madre. Questo potrebbe essere il mio intervento, farei di tutto per farlo. Però lascerei in un certo senso questa "verità". Utilizzerei la verità utile per lei, ossia la possibilità o meno che il figlio possa vederla. Cercherei un po' di attenuare la sofferenza della signora. Mi chiedo cosa le è utile sapere, quindi appunto ragionerei in termini di opportunità e rispetto. (Assistente sociale M. 60 anni)

Tra queste cinque interviste l'unica persona che direbbe la verità così com'è è l'assistente sociale S., che comunque affronterebbe il tema con i giusti tempi e non subito. Le altre quattro interviste sono invece concordi sul cercare di capire cosa potrebbe servire alla signora, cosa potrebbe farla stare meglio e agirebbero di conseguenza. È interessante come queste due ultime interviste non si focalizzino tanto sul problema di per sé quanto sulle azioni che possono essere intraprese. Se la signora domanda del figlio probabilmente è perché vuole vederlo e quindi non è tanto importante raccontare di lui, ma metterli in contatto. Questo è un punto di vista estremamente interessante che ha preso in considerazione il dilemma da un'altra prospettiva, andando oltre a quella che era la domanda sulla verità.

Talvolta, di fronte ad un bivio complicato, ci si trova in uno stato di paralisi decisionale, intrappolati nell'analisi approfondita dei molteplici fattori coinvolti. Questo processo di ponderazione può consumare un notevole tratto di tempo, poiché ci si sforza di discernere e pesare con attenzione ogni singolo aspetto. Nella ricerca di una risposta, si potrebbe, però, trascurare l'evidenza di alternative più semplici ed immediate, che potrebbero essere chiare e tangibili, ma che sfuggono all'attenzione a causa della focalizzazione su dettagli più complessi.

In ogni caso, come molti professionisti hanno osservato, in questo dilemma mancano alcuni elementi cruciali per un processo decisionale completo. Tuttavia, osservare le risposte fornite e i valori o aspetti su cui si sono concentrati con le informazioni limitate disponibili, risulta comunque significativo ai fini della ricerca. Questo perché, spesso, nell'azione immediata non si dispone di tutte le risposte ai molteplici interrogativi,

soprattutto in situazioni di emergenza in cui il tempo per acquisire ulteriori informazioni è limitato, se non assente.

È interessante notare poi come le interviste con le assistenti sociali si siano concentrate principalmente sull'aspetto relazionale, interrogandosi sul tipo di rapporto esistente tra la madre ed il figlio, mentre i medici si sono focalizzati di più sulla loro salute, prendendo in considerazione il fatto che dirle la verità non la aiuterebbe in quel momento.

Intanto suo figlio non è in una condizione di salute tale per cui vi siano preoccupazioni. Quindi alla signora direi che suo figlio si è trovato in una determinata situazione ma da essa può venir fuori. Suo figlio poi, se avrà le risorse proprie e la possibilità di “vedere” quello che succede alla madre, potrebbe elaborare in senso positivo quello che sarà per lui poi il lutto legato alla sua mancanza. A volte dalle condizioni negative possono scaturire delle condizioni migliorative rispetto a prima, proprio perché queste sono state uno stimolo. (Medico M. 61 anni)

Io sinceramente cerco sempre, per non dire cose false, di prendere la questione alla larga. In questo caso cercherei di far capire comunque che il figlio sta bene, nel senso che è in salute. Però direi comunque che sta affrontando alcuni problemi e un periodo di difficoltà ma che bisogna essere ottimisti. Cercherei sempre di mostrare il lato positivo, in tutte le situazioni. (Medico A. 32 anni)

In un momento così prossimo alla morte potrebbe anche essere superfluo dire alla donna dov'è il figlio. Io probabilmente direi che è via per un viaggio o per altro, e che quindi non può essere lì in quel momento. Direi poi che stiamo cercando di contattarlo per vedere se riusciamo a portarlo lì. Cercherei di non farla soffrire inutilmente. (Medico F. 59 anni)

Alla signora direi che vedrò di farmi carico del figlio, in modo tale che sia seguito. Non direi esplicitamente che si trova in prigione. (Medico A. 66 anni)

Il punto più critico è il capire quanto il figlio rimarrà in prigione. Se il figlio fosse in ergastolo sarebbe una situazione diversa rispetto a se fosse dentro per sei mesi. Non saprei bene cosa dire alla signora. Però certo non potrei avere molte armi sul fatto che la prigione è una cosa su cui nessuno può incidere. Magari il fatto che la madre sia morente potrebbe ridurre la presenza del figlio in prigione, chissà. Io, comunque, direi la verità alla signora, penso che sia sempre necessario. (Medico E. 58 anni)

Verità utile, verità superflua, verità negativa che punta a stimolare, verità accettabile e mezza verità come compromesso, sono tutte tematiche molto interessanti, che meriterebbero un'analisi specifica. Purtroppo, però, in questa sede mi occuperò solo in maniera sintetica di queste questioni. Nel libro *Dire la verità* di F. Turolto, si ripercorre la storia della verità, soffermandosi anche su diversi casi più concreti che possono rappresentare dei dilemmi tra cui, per l'appunto, quello che ho riportato nelle interviste. Diversi professionisti hanno affermato di dire sempre la verità e questo mi ha ricordato la posizione di Kant. Il filosofo, seppur inizialmente affermasse la possibilità di una "menzogna necessaria" in casi, ad esempio, di violenza o coercizione, successivamente si pose in una posizione radicale che prevedeva il dire la verità come un dovere assoluto. Però, proprio come Kant, anche diversi professionisti che, nella domanda teorica mi avevano detto di dire sempre la verità, hanno vacillato poi nella domanda più concreta. A criticare aspramente la posizione di Kant fu il filosofo francese Benjamin Constant, il quale riteneva che il principio di veridicità non andasse preso in astratto né assolutizzato, ma andava piuttosto letto in relazione al contesto e agli altri principi in gioco. La maggior parte degli intervistati, nella domanda concreta sul dilemma, ha fatto proprio questo: mettere in relazione il dire la verità con tutti gli altri aspetti in gioco. La posizione di Kant è comunque una posizione così rigida che persino il filosofo stesso non riuscì a rispettarla del tutto ed ammise l'utilizzo dell'elusione. L'elusione non è una bugia, si utilizzano affermazioni tecnicamente vere per sviare il discorso principale. In questo modo si riescono a bilanciare diversi valori in gioco e, in qualche modo, si utilizza comunque una sorta di verità evitando la menzogna ⁶⁰.

A tal proposito, io ritengo che i professionisti, nel caso in cui si accorgano che la verità così com'è potrebbe essere controproducente, oppure insostenibile per la persona, possano ricorrere all'elusione o alle mezze verità. Dire la verità, infatti, non sempre è un qualcosa di positivo, la verità può anche fare molto male e, in alcuni casi, può essere più utile tacere o dire appunto mezze verità. Purtroppo, non esiste una regola astratta valida per ogni situazione; come abbiamo visto neppure il filosofo che sosteneva la posizione più radicale è riuscito a rispettarla, perciò la verità dev'essere soppesata, di volta in volta, con gli altri fattori in gioco. A dover essere prioritario dovrebbe essere il benessere del paziente/assistito, perciò, nel decidere cosa dire e quanto dire, bisognerebbe in *primis* tener conto di ciò.

⁶⁰ F. Turolto, *Dire la verità. Un percorso dalla verità etica all'etica della verità*, Cittadella Editrice, Assisi 2018.

CAPITOLO 4 – POTERE DECISIONALE E RESPONSABILITÀ

4.1. Potere decisionale nelle professioni

Decidere fa parte della vita quotidiana e in alcune professioni la decisione è un'attività centrale del lavoro. Ci sono casi poi, come quello medico e del servizio sociale, in cui le decisioni da prendere sono ancora più delicate, perché riguardano in modo diretto od indiretto la vita di alcune persone: gli assistiti e i pazienti ed indirettamente anche le loro reti amicali e familiari.

T. Bertotti, nel suo libro *Decidere nel servizio sociale. Metodo e riflessioni etiche*, spiega che quasi tutte le decisioni professionali sono caratterizzate dal fatto di essere un atto deliberato e consapevole, dal fatto di prevedere la possibilità di scegliere tra diverse alternative ed infine dal fatto di essere definite dall'assenza di certezze sui risultati ⁶¹.

Prendere decisioni in condizioni incerte apre a diversi rischi, in quanto non si sa cosa potrebbe accadere, quali potrebbero essere le conseguenze della scelta e le ripercussioni sulle persone coinvolte. Questo potere di prendere le decisioni è poi legato all'importante tema della responsabilità, in quanto ogni scelta porta con sé un impegno a rispondere delle proprie azioni, sia a qualcuno di esterno ma anche a se stessi.

Secondo Dal Pra Ponticelli, nell'agire l'assistente sociale segue le fasi individuate dal pedagogista americano John Dewey ancora negli anni '70 del secolo scorso, ossia:

- Fase conoscitivo-descrittiva, in cui ci si dedica alla conoscenza della situazione, attraverso l'analisi della domanda, l'esplorazione della situazione e l'individuazione del problema e delle risorse.
- Fase valutativo-decisionale e progettuale, in cui si valutano i dati a disposizione, si generano ipotesi sia sul problema sia sulle possibili strategie, si prospettano e discutono gli scenari operativi possibili, si prendono decisioni e si formulano contratti e piani di azione.
- Fase attuativa, in cui si attua il processo concordato, monitorando congruenza e accordi con gli obiettivi prefissati o con le variabili del contesto.

⁶¹ T. Bertotti, *Decidere nel servizio sociale. Metodo e riflessioni etiche*, Carocci Faber Editore, Roma 2021.

- Fase della verifica e conclusione, in cui si verificano gli obiettivi raggiunti e l'efficacia delle strategie attuate; si conclude l'azione con l'eventuale formulazione di un nuovo piano ⁶².

Queste fasi, nonostante siano state pensate per il lavoro sociale, possono essere applicate anche al campo della medicina.

Infatti anche in campo medico è necessario innanzitutto conoscere e comprendere la situazione iniziale. Nella medicina, questa fase corrisponde all'anamnesi e alla raccolta di informazioni dettagliate sul paziente, come la sua storia medica, i sintomi e le condizioni attuali. L'obiettivo è quello di comprendere appieno la sua situazione ed identificare i problemi di salute e le esigenze di cura. Fa sempre parte della prima fase anche l'elaborazione di una diagnosi, essenziale per identificare la causa sottostante dei sintomi e per stabilire un trattamento efficace.

Segue la fase valutativo-decisionale e progettuale, che in medicina corrisponde alla pianificazione del trattamento, fondamentale dopo aver effettuato la diagnosi. In questa fase, il medico determina il piano di cura più appropriato per il paziente, che può includere farmaci, procedure, terapie o altre forme di assistenza.

Nella fase attuativa si applica il trattamento pianificato e/o l'assistenza fornita al paziente, mentre nel servizio sociale si mette in atto il piano d'azione individuato insieme all'assistito.

Anche in medicina, come in servizio sociale, è fondamentale l'ultima fase di verifica e conclusione. In medicina quest'ultima valutazione implica il monitoraggio dei progressi del paziente, l'analisi della risposta al trattamento e la verifica dell'efficacia delle decisioni cliniche prese. Questa fase aiuta a determinare se il trattamento deve essere adattato o modificato. Ciò aiuta i medici a valutare e rivedere le scelte intraprese, apprendendo dai risultati e migliorando continuamente ⁶³.

Senza scendere nel dettaglio sul metodo di lavoro dell'assistente sociale o del medico, è interessante notare come la fase decisionale sia legata e accompagnata sempre dalla valutazione.

⁶² G. Pieroni, M. Dal Pra Ponticelli, *Introduzione al servizio sociale. Storia, principi, deontologia*, CarocciFaber Editore, Roma 2005.

⁶³ Le fasi sono state riadattate sulla base di quelle individuate nei manuali: R. B. Haynes, S. E. Straus, D. L. Sackett, W. S. Richardson, W. Rosenberg, *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*, Churchill Livingstone, Londra, Marzo 2000 e J. Higgs, M. A. Jones, S. Loftus, N. Christensen, E. A. Edwards, *Clinical Reasoning in the Health Professions*, Elsevier, Amsterdam 2018.

Prima di prendere una scelta è necessario infatti valutare diversi aspetti, in *primis* la situazione che si ha di fronte e, nel farlo, può essere utile raccogliere tutte le informazioni pertinenti relative alla persona, al suo contesto, alle risorse disponibili, eccetera, coinvolgendo anche altri professionisti se necessario. La valutazione deve poi rivolgersi alle diverse strade percorribili in quel determinato contesto, per cercare di capire quale potrebbe essere la migliore. Però la scelta non è facile: potrebbe capitare che siano diverse le alternative alettanti, oppure che nessuna di esse soddisfi appieno il professionista.

Nel processo decisionale è poi importante che il professionista coinvolga l'assistito o il paziente. Il medico deve rispettare l'autonomia del paziente e promuovere il consenso informato; mentre l'assistente sociale deve tenere in considerazione le preferenze, necessità e desideri dell'assistito. In entrambi i casi bisogna favorire una comunicazione aperta e un dialogo che permetta alla persona di esprimere le proprie preoccupazioni, dubbi e desideri.

Bisogna prendere in considerazione anche il contesto sociale in cui si trova la persona e le implicazioni che la decisione presa potrebbe comportare sulle persone coinvolte direttamente ed indirettamente e sulla comunità in generale.

Sono dunque molteplici gli aspetti che il professionista deve tenere in considerazione nel momento in cui va a prendere una decisione piuttosto che un'altra. C'è però un aspetto più importante e problematico degli altri, ossia il coinvolgimento del paziente e dell'assistito nel processo decisionale e la promozione del principio di autodeterminazione.

4.2. Principio di autodeterminazione

L'autodeterminazione della persona è una delle tematiche che ha provato e provoca tutt'ora maggiori dilemmi etici negli assistenti sociali e nei medici ed è da secoli che filosofi, sociologi, professionisti e ricercatori cercano di analizzarla, studiarla, comprenderla e capire come meglio tutelare questo principio.

M. Galletti nel suo articolo *Autodeterminazione. Un punto di vista filosofico* afferma:

L'autodeterminazione è percepita prima di tutto come autonomia e indipendenza da influenze esterne, con il conseguente diritto, sul piano normativo, a non subire interferenze nella sfera intangibile e privata delle scelte personali. Quello che vorrei sostenere è che questa idea di autodeterminazione come isolamento è una visione ormai superata e in letteratura (come anche nella prassi) se ne sono dimostrati ampiamente i

limiti. Ma il riconoscimento dei suoi difetti non cancella il bisogno di dare sostanza filosofica alla tutela sul piano morale della libertà e della responsabilità degli individui nelle decisioni che riguardano la propria vita e la propria salute ⁶⁴.

Il primo riferimento filosofico che è importante trattare rispetto al tema dell'autodeterminazione è sicuramente quello kantiano.

Per Kant l'autodeterminazione è legata al concetto di autonomia morale. Credeva che gli esseri umani fossero dotati di una ragione pratica, cioè la capacità di pensare razionalmente e di agire in conformità con il dovere morale. Agire moralmente significava per il filosofo agire in modo conforme a ciò che la ragione impone come dovere, piuttosto che agire in base a desideri egoistici o inclinazioni.

Il principio di autodeterminazione indicava quindi la capacità di essere protagonisti delle proprie azioni, di agire secondo la propria volontà razionale indipendentemente da fattori esterni o istinti animali. Questo concetto era strettamente correlato alla dignità umana, in quanto solo l'autodeterminazione consentiva di essere responsabili delle proprie azioni e di trattare gli altri come esseri razionali e autonomi ⁶⁵.

Dopo di lui, nel XIX John Stuart Mill, uno dei più influenti filosofi del liberalismo classico, scrisse che gli individui dovrebbero godere di una sfera di autonomia in cui sono liberi di prendere decisioni e perseguire i propri interessi, a condizione che non danneggino gli altri. Sebbene il filosofo non si fosse concentrato sulle professioni, la sua prospettiva può essere benissimo applicata ad esse. I professionisti dunque dovrebbero avere una certa autonomia decisionale, in quanto posseggono conoscenze e competenze specifiche, però essa non dovrebbe andare a violare quelli che sono i diritti o il benessere degli altri. Tuttavia, il filosofo sosteneva anche che questo potere decisionale non dovrebbe essere assoluto o immune da controllo.

L'autonomia delle professioni dovrebbe essere bilanciata dalla responsabilità sociale e dal controllo democratico. Ciò significa che le decisioni dovrebbero essere soggette a una revisione critica e a un dibattito pubblico, in modo che possano essere valutate alla luce delle esigenze e dei valori della società nel suo insieme ⁶⁶.

⁶⁴ M. Galletti, *Autodeterminazione. Un punto di vista filosofico*, in "La rivista italiana di cure palliative" vol. 24, 2022. Articolo online disponibile al sito: <https://www.ricp.it/archivio/3935/articoli/39192/>. (Accesso del 17/07/2023)

⁶⁵ N. Abbagnano, G. Fornero, *L'ideale e il reale*, Vol. III, Pearson Italia, Milano 2015.

⁶⁶ Ibidem.

Anche secondo il filosofo e sociologo tedesco Jurgen Habermas, noto per la sua teoria della comunicazione e la sua teoria della democrazia deliberativa, le decisioni dovrebbero essere il risultato di una comunicazione inclusiva e aperta, in cui tutti i cittadini possono partecipare liberamente con argomenti razionali e ragionevoli.

Egli riteneva che le professioni svolgessero un ruolo importante nella società in quanto detentrici di una conoscenza e competenza specializzate; tuttavia, la loro autorità e il loro potere decisionale dovrebbero essere sottoposti a un controllo democratico e aperto. In questo modo le decisioni prese sarebbero considerate legittime anche dalla società nel suo insieme.

Sicuramente la teoria del filosofo è stata influenzata dal contesto storico e culturale in cui si è sviluppata, ossia gli anni '70 e '80 del secolo scorso, anni caratterizzati da importanti cambiamenti sociali, politici e culturali. In particolare, Habermas ha reagito al sistema politico rappresentativo tradizionale e alle preoccupazioni riguardanti la crescente alienazione dei cittadini dalla politica e dalla sfera decisionale in generale. Proprio per questo la sua teoria mira a fornire una visione più partecipativa e inclusiva della democrazia, in tutte le sue forme, concentrandosi sull'idea di un soggetto pubblico più che singolo ⁶⁷.

Sebbene questi ultimi due filosofi si siano concentrati maggiormente sulla dimensione collettiva, hanno comunque posto l'accento sul fatto che il potere decisionale non debba essere concentrato solo nelle mani dei professionisti. La tematica della condivisione collettiva verrà ripresa di seguito, ora è importante concentrarsi su una condivisione del potere decisionale tra due figure: medico e paziente e assistente sociale ed assistito.

Infatti promuovere l'autodeterminazione dei pazienti ed utenti è un obiettivo fondamentale nel servizio sociale e nella medicina. Gli operatori sanitari e i professionisti del servizio sociale devono impegnarsi per ridurre l'asimmetria di potere, creando ambienti di cura che favoriscano la partecipazione attiva dei pazienti e assistiti nella pianificazione e nelle decisioni riguardanti la loro salute.

Nella Dichiarazione di principi etici del Servizio Sociale mondiale ⁶⁸ viene dedicata un'intera sezione all'autodeterminazione. Al primo articolo viene esplicitato che gli assistenti sociali riconoscono le persone come capaci di agire attivamente e di

⁶⁷ Ibidem.

⁶⁸ Traduzione italiana a cura di C. Soregotti della versione inglese: IFSW (*International Federation of Social Workers*), *Global Social Work Statement of Ethical Principle*, 2018. Codice online, disponibile al sito: <https://www.ifsw.org/global-social-work-statement-of-ethical-principles/> (Accesso del 20/07/2023).

autodeterminarsi. Un altro aspetto di considerevole importanza è il termine “persona”, che viene favorito al termine “assistito” e che è andato a sostituire i termini “cliente” o “utente” che comparivano nei precedenti codici, sia italiani che internazionali.

Questo cambio non è che un riflesso di questo principio; infatti, mentre i termini precedenti facevano percepire una grande asimmetria di potere, “persona” e “assistito”, puntano proprio ad andare a ridurre tale percezione. Utilizzando la parola “persona” si va ad annullare la disparità, mentre con il termine “assistito” si lascia comunque intendere che vi siano diversi ruoli in gioco ma quello del protagonista spetta proprio a quest’ultimo. Gli assistenti sociali devono infatti rispettare e promuovere i diritti delle persone affinché prendano le loro decisioni, a patto che tali scelte non vadano a ledere i diritti di altri individui.

Viene poi riconosciuta la difficoltà di concretizzare tale diritto e principio, in quanto non basta affermarlo per renderlo reale, ci sono molti contesti oppressivi, violenti, di sfruttamento e di esclusione in cui è impossibile decidere per sé.

Non solo, ci sono campi in cui le funzioni di controllo degli assistenti sociali sono maggiori e quindi le persone vedono ridotta la propria autodeterminazione, basti pensare all’ambito di tutela dei minori, dei disabili, ma anche all’ambito di giustizia penale e della salute mentale.

A minare l’autodeterminazione sono infine le diverse condizioni strutturali degli individui; infatti, l’ideale capacità d’agire è legata a risorse quali una buona istruzione, un impiego dignitoso, l’accesso all’assistenza sanitaria, un alloggio sicuro e stabile, la sicurezza e la protezione, dei servizi igienici adeguati, dell’acqua pulita, degli ambienti privi di inquinamento e l’accesso all’informazione, condizioni che purtroppo non sono sempre presenti.

Ecco allora che risulta fondamentale per gli assistenti sociali non solo cercare di promuovere il diritto all’autodeterminazione a livello micro, con le persone con cui si ha a che fare, ma anche andare ad accrescere quella che è la pratica etica anti-oppressiva quotidiana ad un livello più ampio.

Collegata a questa sezione è quella dopo, relativa al diritto alla partecipazione. Infatti, per concretizzare la capacità dell’assistito di decidere per sé è necessario che vi siano spazi significativi per la partecipazione alla formulazione delle decisioni. Inoltre, gli assistenti sociali devono promuovere l’inclusione delle persone escluse e lavorano per costruire l’autostima e la capacità delle persone di partecipare al processo decisionale, fornendo gli strumenti necessari e aiutandoli a comprendere le singole situazioni.

È poi interessante andare ad analizzare in che contesti compaia il termine “autodeterminazione” nei due diversi Codici Deontologici.

Nel *Codice di Deontologia medica della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri* il termine compare due volte. Il primo caso si trova nella sezione degli “Atti finalizzati a provare la morte”, in cui si afferma:

La libera scelta del medico di agevolare, sulla base del principio di autodeterminazione dell’individuo, il proposito di suicidio autonomamente e liberamente formatosi da parte di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, che sia pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli (sentenza 242/19 della Corte Costituzionale e relative procedure), va sempre valutata caso per caso e comporta, qualora sussistano tutti gli elementi sopra indicati, la non punibilità del medico da un punto di vista disciplinare ⁶⁹.

Questo articolo è stato modificato il 7 febbraio 2020 dal Consiglio Nazionale FNOMCeO (Federazione nazionale degli Ordini dei medici), composto dai 106 presidenti degli Ordini territoriali. Precedentemente l’articolo recitava: il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte.

La modifica invece consente di tutelare il medico che liberamente scelga di assistere una persona, la quale altrettanto liberamente decida di porre fine anticipatamente alla propria vita in presenza dei presupposti e alle condizioni indicate dalla Corte Costituzionale.

Il termine autodeterminazione compare poi nell’articolo 3 della sezione della “Sperimentazione scientifica”:

L’interesse per la produzione di nuove conoscenze scientifiche non deve mai prevalere sui fini primari della tutela della salute, della vita e del rispetto della dignità, dell’integrità e del diritto all’autodeterminazione e alla riservatezza dei dati personali dei soggetti coinvolti nella ricerca ⁷⁰.

⁶⁹ Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, *Codice deontologia medica*, 2014 (con modifiche nel 2016, 2017 e 2020). Codice online, disponibile al sito: <https://www.omceo.bg.it/ordine/deontologia-e-normativa/il-codice-deontologico.html#:~:text=Doveri%20del%20medico%20sono%20la,o%20sociali%20nelle%20quali%20opera>. (Accesso del 20/07/2023).

⁷⁰ Ibidem.

Sebbene il Titolo III del Codice sia dedicato interamente ai “Rapporti con la persona assistita”, la parola autodeterminazione non compare. L’articolo 20 di questa sezione afferma:

La relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta e sull’individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità. Il medico nella relazione persegue l’alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un’informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura ⁷¹.

Si parla di libertà di scelta, condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità, eppure non si parla di autodeterminazione. È interessante come i suoi principi vengano inclusi implicitamente in altri articoli e concetti e solo nei due casi sopra citati venga esplicitato il termine.

Questa, a mio avviso, non è una casualità. Il termine compare in due contesti ben specifici che sono quello della sperimentazione clinica e degli atti finalizzati a provocare la morte. Sono due ambiti da sempre molto dibattuti con una lunga storia alle spalle.

La sperimentazione clinica è un tema che è stato decisivo nel portare l’etica ad ottenere l’attenzione del mondo, in particolare in seguito ai crimini nazisti e al Codice di Norimberga.

Dal 1945 al 1946 si svolsero, a Norimberga, due importanti processi: uno relativo ai nazisti coinvolti nella Seconda guerra mondiale e un altro inerente alla Shoah. A seguito dei processi, nel 1947 venne emanato il cosiddetto Codice di Norimberga, riguardante in particolare modo il processo secondario contro i medici nazisti che avevano perpetrato torture e sperimentazioni disumane nei campi di sterminio, tra cui quelli di Auschwitz e Birkenau. Tra le diverse sperimentazioni esercitate nei campi di concentramento ricordiamo esperimenti sul freddo, sulla malaria, sulla tubercolosi, sulle ustioni e molti altri. Alcuni medici sotto accusa vennero impiccati, altri dovettero restare a vita in carcere o una decina d’anni ed altri infine vennero assolti. Il Codice serviva per separare la sperimentazione lecita dalla tortura, sperimentazioni non regolate e prive di fondamenti etici. Sono dieci i punti su cui si sviluppa il Codice, anche se il più importante è sicuramente il primo che recita:

⁷¹ Ibidem.

Il soggetto volontariamente dà il proprio consenso a essere sottoposto a un esperimento. Prima di dare il consenso, la persona deve conoscere: natura, durata e scopo della sperimentazione clinica, il metodo e i mezzi con cui sarà condotta, eventuali effetti sulla salute e sul benessere della persona, eventuali pericoli cui sarà sottoposta ⁷².

Il punto citato fa riferimento a quello che oggi definiamo il “consenso informato” del soggetto umano coinvolto nell’esperimento, principio considerato ormai un caposaldo dell’etica medica e uno dei più importante da tutelare. È infatti essenziale che la persona abbia la capacità giuridica di dare il consenso e che possa liberamente scegliere di parteciparvi, senza influenze esterne quali inganni, frode, coercizione, eccetera. Inoltre bisogna spiegare in modo comprensibile all’individuo in cosa consiste la sperimentazione, in modo tale che lui possa decidere con saggezza e consapevolezza.

Riguardo agli atti finalizzati a provocare la morte, la rilevanza di tale ambito è più recente. Negli ultimi anni infatti sono stati diversi i casi che hanno fatto discutere su tale tema ed è importante una precisazione. Nell’articolo sopra citato, che consente al medico di agevolare il proposito del paziente di suicidio nei casi previsti dalla Corte senza venir punito disciplinarmente, non sono inclusi i casi di suicidio assistito ed eutanasia, ma solo quei casi in cui, nella fase terminale della propria vita, il paziente decide di rifiutare o interrompere i trattamenti a cui è sottoposto (anche di sostegno vitale).

Non è questa la sede che vuole determinare se sia giusto o sbagliato permettere di esercitare il diritto di autodeterminazione dei pazienti solo nei casi descritti dalla Corte o piuttosto se si dovrebbe espandere ad ogni caso possibile, senza limiti.

Quello su cui è importante porre l’accento è il fatto che, in questi due casi specifici, sia stato utilizzato il termine “autodeterminazione”, probabilmente alla luce dell’importanza maggiore che rappresentano le decisioni di fine vita in ambito medico e quelle relative al consenso informato, in particolare in materia di sperimentazioni cliniche.

Andando ad analizzare il *Codice Deontologico degli Assistenti Sociali* si può invece notare che il termine “autodeterminazione” si trovi poco di più, ma in contesti più generali e non specifici come nel Codice di Deontologia medica.

Compare inizialmente nel Titolo III “Doveri e responsabilità generali dei professionisti”, nell’articolo 14, citato nel capitolo 2, in cui si afferma, tra le altre cose, che l’assistente

⁷² Codice di Norimberga, 1947. Codice online, disponibile al sito: https://www.iss.it/documents/20126/45616/Pagina1_154Relazione98_5.pdf/b7310032-9f98-6e12-af13-bbbd616196d9?t=1581103017730

sociale effettua le scelte professionali indirizzato al rispetto delle libertà, dell'autodeterminazione.

Si trova poi il termine nel Titolo IV “Responsabilità dell’assistente sociale verso la persona”, all’articolo 26 che afferma:

L’assistente sociale riconosce la persona come soggetto capace di autodeterminarsi e di agire attivamente; impegna la propria competenza per instaurare una relazione di fiducia e per promuovere le potenzialità, l’autonomia e il diritto della persona ad assumere le proprie scelte e decisioni, nel rispetto dei diritti e degli interessi legittimi degli altri.

Questo articolo è molto simile all’articolo 20 della sezione “Rapporti con la persona assistita”, sopra riportato, con particolare attenzione al tema dell’instaurazione di un rapporto di fiducia e alla libertà di scelta. Però, alla base, vi sono due *focus* diversi: nel Codice Deontologico medico l’attenzione è posta sul consenso informato, mentre in questo Codice il *focus* è proprio sull’autodeterminazione e sulla promozione di un’agire attivo da parte della persona. Infine il termine compare due volte nell’articolo successivo a questo, riguardante le limitazioni dell’autodeterminazione:

L’assistente sociale riconosce che la capacità di autodeterminarsi della persona possa essere ridotta a causa di condizioni individuali, socio-culturali, ambientali o giuridiche. In queste situazioni, promuove le condizioni per raggiungere il miglior grado di autodeterminazione possibile e, quando ciò non sia realizzabile, si adopera per l’adeguata segnalazione all’Autorità Giudiziaria, affinché siano attivati gli opportuni interventi di protezione e di tutela.

La parte interessante di questo articolo non è tanto la prima, in quanto sopra era già stato chiarito che vi sono casi specifici in cui l’autodeterminazione può venir limitata, ma la seconda. Infatti, nonostante vi siano limitazioni, è importante che l’assistente sociale vada ad agire per raggiungere quello che è il miglior grado di autodeterminazione possibile. Ciò focalizza l’attenzione sul dovere che hanno gli assistenti sociali verso le persone più deboli, deprivate o svantaggiate, confermando la tradizione storica del servizio sociale. In conclusione, il principio di autodeterminazione in medicina e servizio sociale è un impegno fondamentale che contribuisce a migliorare la qualità della cura e dell’assistenza fornita alle persone, rispettando il loro diritto fondamentale di essere protagonisti delle

proprie vite. Bisogna quindi andare a lavorare per cercare di promuovere e sostenere sempre di più questo principio, andando ad agire su quelli che sono i tre bisogni psicologici di base la cui soddisfazione consente all'individuo di autodeterminarsi individuati da Deci e Ryan del 1985, ossia:

- Bisogno di autonomia: la persona deve sentirsi libera in ciascuna azione e sentire che agisce sempre per la propria volontà;
- Bisogno di competenza: la persona deve credere di riuscire ad agire con competenza nel proprio ambiente per lo svolgimento di compiti importanti;
- Bisogno di relazioni: la persona deve cercare e sviluppare delle relazioni sicure e positive con gli altri nel proprio contesto sociale ⁷³.

4.3. L'autodeterminazione nella pratica

Per andare ad esplorare la tematica dell'asimmetria di potere nella pratica di tutti i giorni, ho portato agli intervistati due domande, molto simili tra loro ma che in realtà nascondono una sostanziale differenza. Nella prima si chiedeva ai professionisti come si sarebbero comportati nel caso in cui il paziente/assistito non accettasse di essere aiutato. Nella seconda, invece, come si sarebbero comportati nel caso in cui il paziente/assistito non accettasse di essere aiutato, però in questo caso il rifiuto sembrava legato ad una volontà della persona particolarmente fragile. L'obiettivo era andare ad esplorare quanto i professionisti sostenessero il principio di autodeterminazione nella pratica, secondo quali modalità e ci fossero delle eccezioni. Durante le interviste sono emersi diversi spunti di riflessione, a partire dalla prima domanda.

L'adulto che si determina ha la libertà di non accettare l'aiuto; quindi, l'assistente sociale arriva fino ad un certo punto. Non si può imporre l'aiuto nel caso in cui la persona non ne voglia proprio sapere, a meno che non ci siano delle implicazioni gravi per persone intorno a lui. Ad esempio, nel caso di un giocatore d'azzardo, si può intervenire con delle misure di tutela, come un amministratore di sostegno, indipendentemente dalla sua volontà, se intorno a lui ho una moglie, dei figli, persone che stanno soffrendo e sono in situazione di grave disagio a causa della sua situazione. (Assistente sociale M. 60 anni)

⁷³ E. L. Deci, R. M. Ryan, *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*, NY: Plenum, New York 1985. Questa teoria nacque sulla base di studi sulla motivazione, andando a ribaltare quella che era la convinzione secondo cui il modo migliore per motivare gli esseri umani a portare a termine dei compiti è dando loro delle ricompense. Nonostante la teoria fosse inizialmente legata al campo della pedagogia, ora viene applicata anche in altri ambiti e contesti.

Cerco di solito di costruire una relazione con la persona in modo che possa vedere la mia figura come una professione di aiuto e rispetto alla quale può avere fiducia e portare anche delle fragilità e difficoltà. Una relazione in cui ci sia sincerità nel dire le cose, anche le più difficili o faticose. Quindi cerco di lavorare con la persona affinché anche espliciti quelli che sono i dubbi che può avere nel ricevere aiuto o anche quelle che sono le negazioni che può avere verso alcuni interventi. [...] Se la persona si sottrae, nega la necessità degli interventi, in qualche modo cerco di rispettare la sua scelta. Poi ci sono le situazioni gravi, tra cui ad esempio i TSO (trattamenti sanitari obbligatori), in cui bisogna fare in modo che la persona non si metta in situazioni di pericolo molto importante, che comprometterebbero anche degli aspetti della sua vita. (Assistente sociale M. 45 anni)

Capita quotidianamente che qualcuno non accetti di essere aiutato. Quello che noi facciamo è cercare di capire qual è la resistenza innanzitutto. Se è verso l'assistente sociale, perché magari c'è uno stereotipo e quindi le persone rifiutano quell'aiuto perché pensano che tu rappresenti una certa cosa, magari cerco di sfatare qualche mito, cercando di spiegare quale potrebbe essere il mio intervento nel modo più semplice ed appetibile. Dall'altra parte però, se una persona capisce bene e dice "io di queste cose non ho voglia di parlarne con te", io tendo a rispettare questa scelta, anche se ogni tanto mi ripropongo, perché poi le idee e posizioni possono modificarsi nell'arco del tempo e quindi cerco di mantenere comunque un qualche contatto. Per esempio, qui in reparto (*Hospice*), anche con persone che hanno detto che non hanno bisogno di niente, ogni tanto comunque passo a chiedere come va, offro un sorriso e me ne vado. Altre volte magari si è modificata questa posizione nell'arco del tempo, quindi ritento. (Assistente sociale M. 39 anni)

Se un paziente decide di non essere aiutato, è capace di intendere e di volere ed è perfettamente conscio della sua volontà, lo lascerei stare, questa è una sua scelta. Credo che l'autodeterminazione sia fondamentale. Ci sono ad esempio certe situazioni in cui certe anoressiche non vogliono nessun supporto, poi vanno in coma e tu, da medico, hai il dovere di intervenire. In quel momento non c'è più la volontà del paziente ma c'è la necessità dell'organismo. (Medico F. 59 anni)

Io sinceramente penso che, il più delle volte, quando c'è un rifiuto così dietro ci sia un problema di tipo psicologico che io non riesco a vedere. Per me sarebbe innaturale che un paziente vada da medico, il medico gli offre una terapia che è logica, e il paziente la rifiuta. In questo caso il blocco all'utilizzo della terapia probabilmente porta dietro o nasconde dei blocchi psicologici differiti, quindi cercherei di sbloccare quei blocchi, per

esempio coinvolgerei uno psicologo o psicoterapeuta, che possa comprendere cos'è che impedisce al paziente di accettare una soluzione. (Medico E. 58 anni)

Se il paziente è capace di intendere e di volere noi non possiamo fare nulla. Noi cerchiamo di informare al meglio il paziente, di spiegare quello che è il nostro punto di vista per dargli un aiuto. Se dopo lui rifiuta questo aiuto noi non possiamo certamente opporci. Ognuno ha la capacità di autodeterminarsi. (Medico M. 61 anni)

Non mi è capitato spesso che il paziente rifiutasse le cure. Mi è capitato che mi abbiano detto “basta sono stanco, mi faccia dormire”, “mi sedi”, ma nessuno ha mai rifiutato di essere aiutato. C'è chi però rifiuta le cure, ma chi le rifiuta può essere un soggetto che ne ha bisogno e quindi bisogna tentare comunque di aiutarlo. (Medico A. 66 anni)

Sia medici che assistenti sociali in generale rispettano e promuovono il principio di autodeterminazione, anche attraverso una maggiore comunicazione e trasparenza. Non è, in realtà, un principio difficile da rispettare in condizioni normali. Se una persona rifiuta le cure o l'assistenza è facile tirarsi indietro. Le difficoltà arrivano nel momento in cui il principio di autodeterminazione va in contrasto con altri principi. Ad esempio, nell'intervista del medico F., l'intervistato ha portato l'esempio delle anoressiche, in cui la loro volontà di rifiuto delle cure va in contrasto con quello che è il dovere di intervento da parte del medico per salvare l'organismo. Diverse assistenti sociali mi hanno poi portato come esempio il fatto che non ci si possa tirare indietro di fronte ad un rifiuto nel caso di minorenni. Queste e molte altre situazioni possono diventare molto complesse, richiedendo una presa di posizione del professionista che deve decidere, spesso in poco tempo, come agire. Nel caso in cui si accetti il rifiuto da parte della persona dell'aiuto può comunque essere utile ritentare, in quanto appunto le posizioni possono andarsi modificando nel tempo. È però importante lasciare alla persona il proprio tempo e spazio per riflettere, evitando di imporre troppe le proprie idee.

Il medico E. considera innaturale il rifiuto di cure ed è difficile andare a definire le ragioni per le quali ciò avviene. Le persone possono rifiutare l'aiuto dei professionisti per diverse ragioni. Rispetto al servizio sociale, e anche in alcuni casi medici, sicuramente entra in gioco la vergogna e la paura della stigmatizzazione, in quanto molto spesso provoca vergogna domandare aiuto, soprattutto se per farlo bisogna entrare in uffici pubblici e mostrarsi di persona. Opinione purtroppo comune è che, se si ha a che fare con assistenti

sociali, si abbiano “problemi”; perciò le persone preferiscono non avere a che fare con il servizio sociale se possono evitarlo. Una seconda motivazione legata al rifiuto dell’aiuto potrebbe essere la sensazione che, accettandolo, si perda una sorta di controllo sulla propria vita e sulle decisioni personali. Anche la paura verso il trattamento o il progetto possono essere un motivo significativo per un rifiuto, soprattutto se la percentuale di riuscita non è sicura al 100% e i fattori in gioco sono molti. Altra motivazione possono essere le credenze personali, sia culturali che religiose e ciò rappresenta un problema soprattutto in ambito medico. Uno dei dilemmi etici maggiormente riproposto in medicina è infatti quello del paziente che necessiterebbe una trasfusione di sangue ma, in quanto testimone di Geova, la rifiuta.

Questi sono alcuni esempi delle ragioni che potrebbero portare le persone a rifiutare l’aiuto. Quello che è importante sottolineare è che, per fornire un supporto adeguato e rispettoso delle scelte individuali di ciascuno, è necessario comprendere a fondo le possibili ragioni.

Passando poi alla seconda domanda, mi interessava scoprire se le risposte degli intervistati sarebbero cambiate alla luce del dettaglio aggiunto; ossia il fatto che il rifiuto sembrasse provenire da una scelta non molto lucida legata ad una volontà della persona fragile. Prima di andare ad analizzare alcune risposte mi preme sottolineare che non tutti gli intervistati hanno risposto a questa domanda, in quanto alcuni mi hanno spiegato che non agirebbero diversamente rispetto a quanto mi avevano già accennato nella prima domanda.

La chiave nel nostro lavoro è sempre la relazione con la persona. Se io lavoro con una persona, lavoro per stabilire una relazione il più possibile di fiducia. Sta di fatto però che la determinazione dell’adulto, che ritiene di seguire la sua strada, anche affidandosi a qualcuno della sua rete che non siamo noi, va rispettata. Tante volte capita di tirare su i cocci, ma anche questo fa parte della consapevolezza del percorso della persona. A volte le persone hanno bisogno di sbattere il naso per riuscire a capire e scegliere una strada diversa. Questo non vuol dire che bisogna lasciarli al loro destino. Si può comunque tentare, provare, cercare di far leva su altri soggetti intorno alla persona, magari più significativi per lui. Non bisogna arrendersi a priori, ma di fatto non ci si può contrapporre alla sua volontà. (Assistente sociale M. 60 anni)

Il dire “non mi sembra molto lucido” può essere un’impressione mia. Credo che cercherei di capire meglio questa impressione, facendomi magari aiutare da uno specialista per

capire se è davvero fondata. Ad esempio, nel caso di una persona con una malattia degenerativa neurologica, posso avere l'impressione che dica qualcosa che è contrario al suo benessere. Ma io sono un'assistente sociale, quindi cercherei di chiedere un parere ad un medico, che mi dica se quest'impressione di non lucidità è davvero fondata. Se è davvero fondata allora bisogna agire per tutelare la persona, per il suo benessere. (Assistente sociale D. 57 anni)

Dopo aver spiegato quel che secondo me possiamo fare noi professionisti per la persona (ossia il nostro supporto e i benefici che possono dare alcuni interventi), mi è successo tante volte, soprattutto nelle cure palliative, di sentirmi dire "no". Tante volte mi è successo, magari con madri che avevano una prognosi infausta a breve termine, con figli a carico e magari separate o senza un compagno. Quello che io ho cercato di proporre nel corso dell'assistenza è stato di affrontare il tema dei figli. Ci sono tutta una serie di interventi che la persona morente può fare per poi dare indicazioni al giudice rispetto a chi si occuperà di questi figli. Sono situazioni in cui la persona è tremendamente fragile e spesso la famiglia che è attorno la protegge; quindi non si può affrontare con la persona stessa questo argomento qui. Un paio di volte si tenta di ri-sottolineare l'importanza degli interventi ma poi se la persona mi dice "no" è no. Siamo tutti un po' fragili ed influenzati dalle altre persone secondo me. Spesso e volentieri non è nemmeno detto che, quello che io ritengo essere l'interesse migliore per la persona, possa esserlo effettivamente per quella persona in quel momento. Quindi io rispetto i processi di autodeterminazione, sono molto rispettosa. Ogni tanto mi viene da chiedermi se lo sono troppo, se sono arrendevole. (Assistente sociale M. 39 anni)

La fragilità potrebbe essere inquadrata in questioni psichiatriche o psicologiche, per cui il paziente si trova in un momento particolare. Anche questo viene regolato dall'etica medica e in questi casi è necessario considerare la condizione mentale e/o lo stato emotivo che debbono essere assolutamente inquadrati. Io, comunque, se riscontrassi una situazione del genere, mi avallerei di un supporto psicologico e psichiatrico per essere sicuro che la condizione contingente non determini una scelta sbagliata solo perché il paziente si trova in quella situazione particolare. (Medico A. 32 anni)

La fragilità è una condizione che non permette di avere una completa obiettività sull'analisi e bisogna tener conto di questo. In questo caso qua dobbiamo trovare delle strategie diverse per arrivare all'obiettivo, perché non è detto che oggi lui dica di no ma che giorni dopo, magari con una minore fragilità, lui dica di sì. Tanti di noi hanno fatto

degli studi e letto dei libri su quello che veniva definito “linguaggio persuasivo”. Esistono delle modalità di approccio al paziente che lo possono portare dal lato a cui tu lo vuoi far arrivare, facendogli comprendere le cose. Dipende molto dall’approccio e dalla persuasione che tu hai. Queste tecniche non sono tecniche d’inganno, aiutano il paziente ad arrivare a comprendere quello che altrimenti non avrebbe compreso neanche con il linguaggio semplice. Sono proprio tecniche studiate per questo, che poi possono comunque dare diverse risposte. Ad esempio, dire al paziente “Guardi, si deve rilassare” è diverso da chiedere “Crede di riuscire a rilassarsi?”. Magari nel secondo caso riusciresti a farlo rilassare, mentre nel primo caso no. Sono tecniche a volte necessarie nel nostro lavoro. Poi, come diceva sempre un mio professore, il paziente va trattato sempre come il *figliol prodigo*, nel senso che magari lui oggi non viene ma, se dopo torna, lo devi accettare. (Medico M. 61 anni)

Il medico M. ha offerto un esempio molto calzante parlando del *figliol prodigo*, parabola presente nel Vangelo secondo Luca, che racconta di un figlio che ritorna a casa dopo aver sperperato le sue ricchezze. In un senso più generale, la parabola si riferisce anche a chi non segue le aspettative ed indicazioni che gli erano state riposte e, dopo un po', ritorna indietro. Questo racconto accomuna sia medici che assistenti sociali in quanto devono essere pronti a riaccogliere le persone, anche se inizialmente avevano rifiutato l’aiuto e se n’erano andate.

Quello che ritengo essere più utile, in questo caso, è proprio indagare sulle cause della fragilità e, come riportato da diversi intervistati, può essere necessario includere altri professionisti in questa analisi. Può essere anche utile includere una terza persona, magari un familiare o un amico, nel colloquio, che può supportare il paziente/assistito particolarmente fragile.

Rispetto al linguaggio persuasivo di cui ha parlato sempre il medico M., penso possa essere utile nel momento in cui va a beneficio della persona, mettendola più a suo agio o aiutandola a comprendere meglio; viceversa può diventare un qualcosa di negativo nel momento in cui si utilizza questo tipo di linguaggio per far prevalere le proprie idee e la propria posizione a discapito dell’altra persona.

In conclusione, sia medici che assistenti sociali si trovano a navigare tra il rispetto del principio di autodeterminazione e la necessità di affrontare situazioni in cui esso entra in conflitto con altri doveri etici. Sembrano necessari un approccio empatico e il rispetto per i tempi e le riflessioni personali per affrontare le dinamiche delicate e in continua evoluzione che caratterizzano il rapporto tra professionisti e le persone assistite.

4.4. Principi guida

Prendere una decisione può essere davvero complesso in determinati casi, dovendo coniugare diversi aspetti, principi e valori in gioco.

A guidare queste decisioni ci sono però dei principi o valori che dovrebbero fungere da “guida”, ossia quelli più importanti, fondamentali della professione, che si sono sviluppati e consolidati negli anni.

Individuare quelli che sono i principi di base della medicina non è troppo complesso, in quanto generalmente in caso di questioni etiche, biomediche e cliniche ci si rifà al modello dei quattro principi etici formulato da T. Beauchamp e J. Childress ossia:

- Principio di autonomia: il paziente ha il diritto di rifiutare il trattamento e di prendere parte al processo decisionale. Il fondamento di questo principio risiede nel rispetto che la società moderna mostra nei confronti della possibilità individuale di prendere decisioni consapevoli riguardo alle questioni personali. Inoltre la crescente importanza di questo principio può essere interpretata come una risposta sociale al tradizionale paternalismo medico.
- Principio di beneficenza: il personale sanitario deve agire e prendere decisioni mirate ad ottenere il miglior interesse per il paziente.
- Principio di non maleficenza: il personale sanitario non deve agire per causare danno al paziente. Secondo alcuni la non maleficenza dovrebbe essere la prima cosa da tenere a mente, in quanto ritengono che sia più importante non causare danno che fare del bene al paziente. Nel concreto però molti trattamenti hanno il rischio di recare danno al paziente e bisogna decidere come agire bilanciando tale principio con il principio di beneficenza.
- Principio di giustizia: in caso di risorse limitate, i trattamenti devono esseri distribuiti tra i pazienti in modo equo e giusto.

Oltre a questi quattro se ne possono aggiungere altri due che sono il rispetto per la persona, secondo cui sia il paziente che il personale sanitario devono essere trattati con dignità e la veridicità ed onestà, secondo cui il paziente ha diritto ad essere informato sul proprio trattamento in modo completo e consapevole⁷⁴.

Bisogna però fare una precisazione, ossia che la bioetica non è un’etica dei medici (non va quindi confusa con la deontologia medica), ma è un’etica di tutti gli attori che

⁷⁴ T. Beauchamp, J. Childress, *The Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, Oxford 2019.

partecipano all'impresa medica e che usufruiscono di essa, a cominciare dai pazienti e dalla società presa nel suo complesso ⁷⁵.

In questa sede può essere utile anche esplicitare la definizione di deontologia, per mostrarne le peculiarità e per far comprendere la funzione dei principi contenuti nei Codici deontologici da quelli contenuti altrove.

Il termine “deontologia” fu coniato da Bentham nel suo libro *Deontology or the Science of Morality*, per proporre una dottrina utilitaristica dei doveri ⁷⁶.

Oggi il termine fa riferimento ad un insieme di regole comportamentali che le persone devono seguire. Il più delle volte il termine è seguito dall'aggettivo “professionale” e fa infatti riferimento alle regole specifiche di una determinata categoria professionale (medici, psicologi, assistenti sociali). Il Codice deontologico è vincolante per i professionisti e le violazioni di tali norme possono avere conseguenze sia a livello disciplinare che legale.

Invece i principi e/o valori contenuti in altre guide non hanno questo valore vincolante, ma sono comunque utili per orientare l'esercizio della professione, in particolare di fronte a dilemmi etici e morali.

Nel caso del servizio sociale la questione è più complessa e per capire quali sono i principi guida della professione bisogna fare un passo indietro, per analizzare l'evoluzione storica che hanno avuto i principi e le sfide attuali.

Già alla fine del XIX secolo Mary Richmond, nell'ambito del *casework* e Jane Addams, nel lavoro di comunità, si interrogavano su quali fossero i valori, principi e doveri del lavoro sociale. Le *Charity Organization Societies* e il Movimento dei *Settlements* gettarono le basi per i due principali pilastri etici della professione, ossia il benessere individuale e il benessere della collettività. Il benessere individuale si conetterà poi con altri valori, quali il rispetto, la libertà e l'autodeterminazione; mentre il benessere collettivo accoglierà in sé la giustizia sociale e la lotta all'oppressione strutturale.

Questi due primi valori con il tempo sono andati consolidandosi e modificandosi.

Negli anni '50 del secolo scorso il sacerdote americano Biestek individuò sette principi costitutivi della deontologia professionale degli assistenti sociali, ossia: individualizzazione, importanza dell'espressione dei sentimenti, controllo del coinvolgimento emotivo, accettazione, atteggiamento non giudicante, autodeterminazione dell'utente e riservatezza. La lista aveva lo scopo di guidare la

⁷⁵ F. Tuoldo, *Breve storia della bioetica*, Edizioni Lindau, Torino 2014.

⁷⁶ J. Bentham, *Deontology or the Science of Morality*, Adamant Media Corporation, Massachusetts 2000.

relazione tra assistente sociale e assistito e venivano mischiati diversi concetti, tra cui principi, regole professionali, aspetti metodologici, eccetera.

Negli anni '70 poi ci si iniziò a concentrare maggiormente sulla dimensione collettiva, a favore di una prospettiva utilitarista, secondo cui la scelta moralmente più adeguata è quella che persegue il maggior vantaggio per l'intera società, e tale vantaggio dev'essere il più ampio ed equo possibile.

Tra gli anni '70 e '80 si affermarono anche degli approcci radicali e antioppressivi di radice marxista, che sollecitavano l'impegno per il cambiamento e la lotta all'oppressione strutturale e alla disuguaglianza sociale.

Si fece poi spazio ad un approccio ben consolidato ora nel servizio sociale, ossia quello dei diritti. A partire dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani promulgata nel 1948 dall'ONU, il servizio sociale fece propria l'idea che la persona fosse intrinsecamente portatrice di diritti personali ed universali, che andassero tutelati e promossi.

Questo approccio portava però con sé una grande problematica, ossia il fatto che i diritti stessi potessero entrare in conflitto tra loro: per esempio quando un assistente sociale si trova di fronte un anziano con il diritto di essere accudito e la figlia con il diritto di non soccombere al compito di cura, o quando un diritto individuale è in contrasto con un diritto collettivo ⁷⁷.

Tutti questi approcci hanno sottolineato la crescente importanza di diversi valori e principi nella professione.

Per comprendere quali sono ora i più importanti e quelli che fungono da "guida" per il servizio sociale, bisognerà rifarsi a quella che è la definizione di assistente sociale, aggiornata nel 2014 e alla *Dichiarazione di principi etici del Servizio Sociale mondiale*.

Secondo la definizione globale:

Il servizio sociale è una professione basata sulla pratica e una disciplina accademica che promuove il cambiamento sociale e lo sviluppo, la coesione e l'emancipazione sociale, nonché la liberazione delle persone. Principi di giustizia sociale, diritti umani, responsabilità collettiva e rispetto delle diversità sono fondamentali per il servizio sociale. Sostenuto dalle teorie del servizio sociale, delle scienze sociali, umanistiche e dai saperi indigeni, il servizio sociale coinvolge persone e strutture per affrontare le sfide della vita e per migliorarne il benessere.

⁷⁷ A. Pasini, *I principi del servizio sociale. Dalla storia alle sfide attuali*, in "Vita e Pensiero – Pubblicazioni dell'Università Cattolica del Sacro Cuore", 2015.

La definizione viene seguita da un commento, che include anche una sezione dedicata a quelli che sono i principi generali del servizio sociale, ossia: il rispetto per il valore intrinseco e per la dignità degli esseri umani, il non fare danni a nessuno, il rispetto per la diversità, la difesa dei diritti umani e la giustizia sociale.

L'assistente sociale riconosce l'importanza di conciliare i diritti umani con la responsabilità collettiva. Questa concezione di responsabilità collettiva sottolinea sia la necessità di garantire i diritti umani individuali, che possono essere realizzati solo se ognuno assume la responsabilità per il benessere degli altri e dell'ambiente, sia la creazione di rapporti di reciprocità all'interno delle comunità. Di conseguenza, uno degli obiettivi principali del servizio sociale è difendere i diritti delle persone a tutti i livelli.

Il servizio sociale abbraccia i diritti di prima, seconda e terza generazione. I diritti di prima generazione riguardano i diritti civili e politici, come la libertà di espressione e di coscienza, e la protezione dalla tortura e dalla detenzione arbitraria. I diritti di seconda generazione sono quelli socio-economici e culturali ed includono il diritto ad un'istruzione, ad un'assistenza sanitaria e ad un alloggio adeguati, oltre ai diritti linguistici delle minoranze. Infine i diritti di terza generazione si concentrano sul mondo naturale e includono il diritto alla biodiversità delle specie e all'equità intergenerazionale. Questi diritti si rafforzano reciprocamente, essendo interdipendenti e dando spazio sia ai diritti individuali che a quelli collettivi.

Tuttavia, in alcuni casi, possono sorgere sfide quando valori come “non causare danni a nessuno” e “rispetto per la diversità” entrano in conflitto con altre ideologie. Ad esempio, le pratiche culturali potrebbero violare i diritti umani, incluso il diritto alla vita, di gruppi minoritari come le donne e le persone omosessuali.

In tali circostanze, l'assistente sociale deve lavorare per trovare un equilibrio che protegga i diritti di tutti gli individui coinvolti ⁷⁸.

Molto simili sono i principi contenuti nella Dichiarazione di principi etici del Servizio Sociale mondiale, il cui scopo è quello di facilitare le aspirazioni degli assistenti sociali verso *standard* di pratica etica i più alti possibili. In questo documento, molto dettagliato, ad ogni principio corrispondono poi diversi articoli, che vanno ad esplicitare meglio non solo il contenuto, ma anche il ruolo degli assistenti sociali rispetto a tale principio.

⁷⁸ Traduzione italiana a cura di A. Sicora della versione inglese: IFSW (*International Federation of Social Workers*), *Global Definition of Social Work*, 2014. Definizione online, disponibile al sito: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/> (Accesso del 28/07/2023).

Il primo ad essere menzionato è quello della dignità intrinseca all'essere umano. Gli assistenti sociali lavorano per promuovere relazioni empatiche e per accordare all'unicità dell'altro la medesima priorità data al sé. Gli assistenti sociali però non devono limitarsi a riconoscere i punti di forza e la dignità intrinseca di tutti gli esseri umani, ma devono accogliere anche l'insita vulnerabilità delle persone, che una volta riconosciuta ed affrontata costituisce una fonte di crescita e sviluppo personale.

Il secondo principio indicato nella Dichiarazione è la promozione dei diritti umani, con un rimando ai diversi tipi di diritti di cui godono gli individui. Gli assistenti sociali devono fornire informazioni alle persone sui loro diritti e sostenerle nell'accesso ad essi.

Si passa poi al terzo principio che è quello della promozione della giustizia sociale, che comporta:

- Sfidare la discriminazione e l'oppressione da parte delle istituzioni.
- Rispetto della diversità: gli assistenti sociali lavorano per rafforzare le comunità inclusive che rispettano la diversità etnica e culturale delle società. Però il rispetto e l'accettazione delle diversità non devono essere usati per estendere i confini del relativismo morale fino al punto in cui risultino violati i diritti di alcuni gruppi di persone (ad es. delle donne e delle minoranze sessuali, etniche e religiose), incluso il diritto alla vita. A tal proposito è importante evidenziare che gli assistenti sociali problematizzano e si oppongono a quelle pratiche culturali che limitano il pieno godimento dei diritti umani.
- Equo accesso alle risorse e della ricchezza. Gli assistenti sociali riconoscono che le gravi disparità combinate alla povertà costituiscono una minaccia per lo sviluppo umano.
- Opporsi a politiche e pratiche ingiuste: gli assistenti sociali lavorano per portare all'attenzione le situazioni in cui le politiche e le risorse sono inadeguate o in cui vi siano politiche e pratiche oppressive, ingiuste o dannose. Nel fare ciò, gli assistenti sociali non devono essere penalizzati. Organismi globali come IASSW e IFSW, in collaborazione con i datori di lavoro degli assistenti sociali e/o le organizzazioni professionali e statutarie nazionali, hanno l'obbligo di proteggere e difendere gli assistenti sociali che sono minacciati nello svolgimento del loro dovere, a causa delle loro opinioni o quando attirano l'attenzione sull'ingiustizia.
- Costruire la solidarietà.

Il quarto principio è quello dell'autodeterminazione, di cui si è già parlato a sufficienza nel paragrafo precedente.

Segue poi il diritto alla partecipazione e il diritto alla riservatezza e alla privacy. Quest'ultimo, in determinati casi, può venir violato in caso di rischio di danno per sé o per gli altri.

Il settimo principio è molto importante e riguarda la persona nella sua globalità. Infatti gli assistenti sociali devono trattare le persone nella loro interezza, considerando le dimensioni: biologica, psicologica, sociale, culturale e spirituale della vita delle persone. Tale riconoscimento viene utilizzato per formulare valutazioni e interventi olistici, con la piena partecipazione delle persone, organizzazioni e comunità coinvolte dagli assistenti sociali stessi.

L'ottavo principio si riferisce all'uso etico della tecnologia e dei *social media*. È fondamentale tenere conto degli effetti che potrebbe provocare la tecnologia, infatti applicazioni, *social media* e tanto altro, potrebbero costituire una minaccia ai principi di riservatezza e *privacy*.

Il nono ed ultimo principio è quello dell'integrità professionale, che esplicita, tra le altre cose, il sostenimento, da parte degli assistenti sociali, della pace e della non violenza ⁷⁹.

I diversi principi guida riflettono quelle che sono le differenze tra le due professioni.

Per riassumerle, si potrebbe affermare che in generale il Codice Deontologico Medico si focalizza sulla salute e cura del paziente, da un punto di vista fisico e mentale. Viene poi posta molta attenzione verso la riservatezza e *privacy* e al consenso informato. È importante anche l'autonomia del paziente, anche se, come già spiegato, ci sono situazioni in cui il medico può decidere di agire anche senza il consenso del paziente, ad esempio, in casi di emergenza o quando quest'ultimo non è in grado di prendere decisioni informate. In ogni caso il *focus* principale è sul benessere fisico e mentale delle persone. Invece, il Codice Deontologico di Servizio Sociale, ha il *focus* sul benessere sociale e la giustizia sociale, con particolare rispetto della dignità e dei diritti umani. Anche in questo caso è molto importante l'autonomia ed *empowerment* delle persone, nonché la riservatezza e *privacy*. Infine, è fondamentale il lavoro di rete, per fornire agli assistiti un supporto integrato e globale.

⁷⁹ IFSW (*International Federation of Social Workers*), *Global Social Work Statement of Ethical Principle*, Luglio 2018. Codice online, disponibile al sito: <https://www.ifsw.org/global-social-work-statement-of-ethical-principles/> (Accesso del 27/07/2023).

4.5. Supportare il processo decisionale nella teoria e nella pratica

Nel caso in cui la decisione appaia difficile da prendere è possibile coinvolgere altri professionisti nella scelta, per ottenere opinioni e valutazioni aggiuntive. Il confronto e la discussione con colleghi esperti, infatti, possono fornire un quadro più completo e favorire una presa di decisione più ponderata.

In alcuni contesti sanitari è presente un Comitato Etico per la Pratica Clinica per supportare e aiutare a prendere una decisione, però purtroppo gli spazi in questione sono davvero limitati. Il Veneto è ad oggi la regione italiana che presenta il maggior numero di Comitati Etici ed oltre a prevederne uno in quasi tutti gli ospedali, ne sono presenti alcuni anche nelle case di riposo e in altre strutture similari. L'Azienda ULSS 3 Serenissima, nel proprio sito, spiega:

Il Comitato Etico per la Pratica Clinica è un organismo multidisciplinare, che risponde alla necessità di affrontare le questioni etiche che si possono presentare nella pratica clinico-assistenziale quotidiana. È uno spazio autonomo di riflessione etica che promuove la qualità e l'umanizzazione delle cure e dell'assistenza. [...] Il Comitato Etico per la Pratica Clinica, in virtù della struttura interdisciplinare, è composto da professionisti con diverse competenze nel campo della salute, della bioetica, della giurisprudenza, delle scienze sociali ⁸⁰.

Ci sono però da fare delle precisazioni, in primis rispetto ai pronunciamenti dei comitati. E. Furlan, nel suo libro *Comitati Etici in sanità. Storia, funzioni, questioni filosofiche*, spiega:

Essi hanno una valenza unicamente consultiva, ossia non sono vincolanti, e questo sia per un motivo formale, sia sostanziale. Dal punto di vista strettamente formale, il parere di un comitato etico per la pratica clinica non può essere vincolante perché ciò non è previsto da alcuna legge o decreto ministeriale [...] Dal punto di vista sostanziale, si è sempre ritenuto opportuno attribuire ai pareri del comitato etico per la pratica clinica solo un valore consultivo per ragioni etiche: non interferire nel rapporto tra curante e paziente ⁸¹.

⁸⁰ ULSS 3 Serenissima, *Regolamento del Comitato Etico per la Pratica clinica (Triennio 2020-2023)*, 2020. Pagine disponibile online al sito:

<https://www.aulss3.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridoc&iddoc=19752> (Accesso del 03/08/2023).

⁸¹ E. Furlan, *Comitati Etici in sanità. Storia, funzioni, questioni filosofiche*, Franco Angeli, Milano 2019.

Dunque, il potere decisionale, e la relativa autonomia, spettano comunque al medico, in accordo con il paziente o con chi lo rappresenta, ad esempio la famiglia o un amministratore di sostegno. Infatti, ad aver instaurato il rapporto con il paziente non è il Comitato, bensì il medico, che l'ha seguito lungo la malattia o le altre problematiche di origine sanitaria.

Ciò però comporta una maggiore responsabilità della figura del medico che, nel caso in cui decida di non seguire il consiglio datogli dal Comitato etico, potrebbe dover spiegare il perché di tale decisione.

A richiedere le riunioni e, dunque, il parere del Comitato etico, possono essere: pazienti ricoverati nelle strutture ULSS e i loro familiari, i singoli operatori o le equipe, gli operatori sanitari sempre delle strutture che aderiscono all'azienda ULSS, le associazioni che si occupano del sostegno e dell'assistenza alle persone malate e alle loro famiglie, operanti all'interno dell'Azienda o nel territorio, Enti ed istituzioni ed infine i singoli cittadini ⁸².

Per richiederlo generalmente basta compilare l'apposito modulo che si trova nelle pagine *internet* dei comitati etici e, nel caso in cui venga previsto dall'apposito Regolamento, è possibile richiedere il consulto anche oralmente.

Purtroppo, non esiste ancora un corrispettivo diretto dei comitati etici per gli assistenti sociali. Nonostante ciò, questi professionisti possono consultare le linee guida etiche specifiche, condivise dalle diverse associazioni di assistenti sociali presenti, sia nazionali che internazionali. Non sempre le linee guida sono sufficienti a rispondere a tutte le situazioni che si vengono a creare, ma sicuramente sono un buon punto di partenza per iniziare a riflettere e valutare i diversi casi.

Nel *Codice Deontologico dell'Assistente Sociale*, all'articolo 16 del Titolo III relativo ai "Doveri e responsabilità generali dei professionisti" viene riportato:

L'assistente sociale ricerca la collaborazione di altri colleghi o altri professionisti e percorsi di supervisione professionale ogni volta che lo valuti opportuno.

⁸² ULSS 3 Serenissima, *Regolamento del Comitato Etico per la Pratica clinica*, 2020. Regolamento disponibile online al sito: <https://www.aulss3.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridoc&iddoc=19752> (Accesso del 03/0/2023).

La collaborazione con i colleghi è quindi fondamentale nell'esercizio della professione. Coinvolgere altri professionisti nella valutazione della situazione, o nel processo decisionale, è inoltre necessario per una presa in carico globale della persona.

A tal proposito l'assistente sociale può attivare ed utilizzare gli strumenti dei gruppi di lavoro o l'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD). Quest'ultima viene richiesta quando i bisogni espressi e/o valutati presentano diverse componenti sociali e sanitarie integrate tra loro, che richiedono una valutazione multidimensionale per l'elaborazione di un progetto personalizzato integrato ad elevata intensità assistenziale.

Per comprendere ancora meglio come supportare il processo decisionale, specie per le decisioni più difficili, è utile andare ora ad analizzare quella che è la pratica quotidiana dei professionisti. Per andare ad analizzare questa tematica sono state proposte due domande: una prima domanda più diretta e concreta chiedeva "Come prende le decisioni più difficili?", mentre la seconda domanda domandava "Cosa pensa che si potrebbe fare di più per supportare i professionisti di fronte a dilemmi etici e situazioni complesse?".

Infatti, nonostante sia utile andare ad analizzare quella che è la teoria, le persone che meglio sanno come supportare i professionisti sono proprio i professionisti stessi che, ogni giorno, si trovano di fronte a situazioni complesse e che li mettono in difficoltà. Ho voluto proporre entrambe le domande per andare a distinguere quella che è la loro situazione attuale (come prendono le decisioni ora, specie quelle difficili) da una situazione ipotetica migliorativa futura (quello di cui avrebbero bisogno per sentirsi più supportati nel processo decisionale).

Le scelte più difficili le prendiamo sempre in più persone, con colleghi. Se è una scelta difficile non posso farla da sola, serve uno sguardo d'insieme, in modo da avere altri sguardi e altri punti di vista e non vedere solo i miei. Nel mio servizio (*Hospice*) sono l'unica assistente sociale; quindi, il supporto lo posso ricevere da altre figure professionali. Però in realtà quasi quotidianamente, per tanti casi, mi confronto con le colleghe dell'ospedale. Abbiamo la stessa professionalità e con loro parlo spesso e volentieri. Adesso abbiamo diversi casi che stiamo gestendo un po' a quattro mani. Io mi confronto con loro per quanto riguarda la mia professionalità. In ogni caso la psicologa, il medico, la logopedista... hanno sguardi molto importanti. (Assistente sociale M. 39 anni)

Un'opportunità, e anche obbligo, è quella di confrontarsi e non prendere le decisioni da soli. Ci sono diverse reti intorno alle persone. Noi abbiamo una rete di servizi, dei colleghi

di riferimento, dei colleghi più anziani o comunque con più esperienza. Quindi, nel momento in cui viviamo un dilemma, sia dal punto di vista etico, che un quesito professionale o una situazione in cui non riusciamo a decidere, l'ideale sarebbe avere un contesto di supervisione che ti accompagni. Questo sarebbe l'ideale. Non è una cosa che tutti hanno. Speriamo che i LEPS (Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali) incidano favorevolmente su questo. Però il fatto di non prendere le decisioni da soli è fondamentale, anche perché nel momento in cui io esprimo un problema, lo sto già rielaborando. È quello che succede con la persona quando le si chiede di esprimere la sua difficoltà ed essa viene rielaborata e ridefinita insieme. La ridefinizione in sé aiuta anche a prendere le decisioni. È chiaro che poi ne abbiamo la responsabilità diretta, però sicuramente con dei supporti dal punto di vista dell'approfondimento, e quindi con maggiore coscienza, c'è una consapevolezza diretta. (Assistente sociale M. 60 anni)

Di solito mi prendo del tempo, che per me è la cosa più importante, anche se non sempre ce n'è a sufficienza. Il tempo serve per raccogliere tutti gli elementi che comprendono una situazione e che vengono presentati, in modo da avere una visione più ampia possibile, in modo da vedere le varie sfaccettature che possono esserci. Poi cerco di rifletterci e consultare la documentazione, sia legislativa che di altro tipo, cercando anche di capire se altri professionisti o colleghi hanno fatto delle esperienze che possano confutare un'idea che mi è venuta o che invece abbiano avuto risultati positivi con determinati tipi di percorsi in situazioni simili. Ho la fortuna di lavorare in un'*équipe*. In questo servizio si lavora con altre figure professionali, per cui è utile confrontarsi sulle situazioni complesse con gli altri colleghi, per comprendere sia se hanno avuto situazioni simili, sia che cosa sarebbe la cosa più opportuna da fare. (Assistente sociale M. 45 anni)

Io cerco di confrontarmi con altri professionisti e, soprattutto, con le persone che ho davanti. Io queste decisioni le considero sempre e comunque decisioni della persona. Io restituisco il mio potere a loro, per quel che posso, cercando di prendere una decisione congiunta. Non si tratta infatti di una decisione su me stessa, ma su un'altra persona. Se ad esempio tua figlia non va più a scuola e ci dovrebbe andare bisogna ragionare su questo. Le decisioni non posso prenderle da sola. Poi è chiaro che la legge mi aiuta anche in questo. Ci sono alcune decisioni difficili che vanno prese a tutela di qualcun altro, ma anche questo si condivide con le persone alle quali, teoricamente, "vai sopra" (ad esempio i genitori). Quello che può aiutare molto è organizzare delle procedure. Ad esempio, in ospedale, abbiamo organizzato la procedura da seguire per le mamme tossicodipendenti da 10-15 anni. Prima sembrava che ogni volta bisognasse prendere la "decisione del secolo", senza sapere esattamente come muoversi. Adesso invece le procedure aiutano a

definire i comportamenti, non cosa dici e come lo dici, però aiutano ad avere una linea di lavoro. (Assistente sociale S. 60 anni)

Nel mio lavoro, che è quello di fare delle diagnosi, ci troviamo qualche volta, proprio perché la medicina non è come la matematica in cui ci sono dei calcoli precisi, a dei bivi in cui bisogna decidere se una certa diagnosi è più grave o meno grave. Cerco di dare le massime opportunità terapeutiche al paziente; cioè penso che tra due diagnosi sia meglio scegliere quella che gli offra delle maggiori *chance* terapeutiche successive. Queste sono le decisioni a cui ci si trova di fronte quando le *chance* non sono uniche. Però il livello di scelta di un chirurgo è diverso. Il chirurgo deve operare e il livello di scelta è: rischio qualcosa in più per dare una *chance* in più? (Medico E. 58 anni)

Il processo decisionale è insito nel lavoro del medico, che rispetto ad altre professioni ha più responsabilità. Bisogna decidere anche quando tu non hai completamente gli elementi e non sei così convinto di tutto. Comunque sia, proprio il tuo modo di essere come professionista in questa specialità, ti deve portare a prendere delle decisioni forti che a volte sono anche decisioni che potrebbero danneggiare te stesso. (Medico M. 61 anni)

Necessità di maggiore tempo, condivisione delle situazioni con colleghi, altri professionisti o con le persone coinvolte, decidere nell'incertezza, sentire la responsabilità, visionare le linee guida... sono tutte tematiche già affrontate a livello teorico in questo capitolo e che risuonano quotidianamente nella pratica dei professionisti, che si trovano spesso a dover prendere decisioni difficili anche in mancanza di questi elementi. Sembrerà forse ridondante continuare a spiegare quanto il tempo sia importante, però è un elemento cruciale in quanto, senza di quello, non è possibile analizzare la situazione con qualcuno, visionare con cura le linee guida né tutto il resto. Il primo passo da fare, per supportare il professionista, sembrerebbe quindi essere proprio quello di lasciargli maggiore tempo, ed è forse la cosa più complessa da realizzare in questa epoca storica.

Andando poi a domandare ai professionisti nello specifico cosa si potrebbe fare di più, mi sono stati forniti diversi consigli interessanti, sia dal punto di vista della formazione universitaria sia da un punto di vista di supervisione lavorativa.

Io penso che bisognerebbe rendere strutturale la supervisione. Gli spazi supervisione sono limitatissimi e i professionisti si arrangiano come possono. Penso che la questione dei

dilemmi sia un argomento che appartiene ancora poco ai percorsi assistenziali, non si mette in conto. Ci sono protocolli per i PDTA, per le procedure chirurgiche, per le dimissioni protette o per il rischio clinico; ma quando ti trovi di fronte ad una di queste situazioni resti comunque inerme. Ci sono i comitati etici e questi sono sicuramente uno strumento, secondo me molto poco utilizzato. Probabilmente anche perché i professionisti coprono col prestazionale la questione invece più profonda che è quella etica. Come dire “il percorso mi porta a fare questo perché è giusto così”. Se c’è un dilemma etico lo si mette più in chiave emotiva oppure ne si danno altre letture, e viene affrontato ancora poco per quello che è. (Assistente sociale M. 60 anni)

Credo sia importante non lasciare il professionista da solo in questi dilemmi, perché permangono nel cuore, vengono portati anche a casa. Vengono portati a casa la sera, forse anche nei sogni la notte. Al mattino ci si risveglia con qualche eco. Condividere questi aspetti con altri colleghi ammortizza un po’ il senso della pregnanza del dilemma. Magari ragionandoci con gli altri si riesce a cambiare prospettiva. Funziona come i gruppi di sostegno su vari temi: conoscere la prospettiva degli altri aiuta a ripensare ai nostri ragionamenti. (Assistente sociale D. 57 anni)

Sarebbe utile la possibilità di dare un’organizzazione del lavoro che permetta di seguire le situazioni in un modo adeguato e quindi di avere un numero ragionevole di pazienti, di avere del tempo per fare delle riflessioni e di confrontarsi con altre persone, di poter avere più tempo per consultare la documentazione, questo è un aiuto. Poi ci sono altre cose che vengono fatte collaterali. L’anno scorso, ad esempio, abbiamo fatto un percorso di *yoga* a cui si poteva accedere. Io non sono riuscita a partecipare regolarmente, però lo faccio per conto mio. Invece le persone che sono riuscite a partecipare ne hanno avuto beneficio ed erano molto soddisfatte dell’opportunità. (Assistente sociale M. 45 anni)

Io ho appena finito un corso per diventare supervisore e devo dire che la supervisione è veramente un buon antidoto. Condividere quel che è possibile in *équipe* è sicuramente un grande supporto. Se ti trovi però in un’*équipe* in cui ti trovi male è già più difficile. Io ho lavorato per un sacco di anni in un’*équipe* fantastica, poi mi sono ritrovata a lavorare in pediatria dove i medici cambiano ogni due per due. Però lavorare in *équipe* è rimasta una delle cose più importanti. È importante poi avere degli spazi “monoprofessionali” per poter parlare di situazioni che hanno creato difficoltà. Mi vengono in mente tre casi che ho portato in supervisione che erano complessi. Riguardavano tre donne partorienti, nigeriane e senza casa. Avevo da un lato il reparto che mi diceva che doveva dimetterle e

dall'altro lato la consapevolezza che mamma e neonato non avevano una casa. Questo è stato un dilemma grosso per me. Lì non ci sono molti strumenti, se non segnalare al Comune la situazione. In queste tre situazioni però il Comune non ha fatto niente, per quanto ne so. Però, averlo portato in supervisione, mi ha molto aiutata anche a capire che bisogna accettare la frustrazione di non riuscire a fare grandi cose a volte. Ho cercato di fare molto per loro: ho chiamato il Comune segnalando le situazioni, ho ragionato con i mariti per capire le varie possibilità, ho chiamato varie cooperative per i richiedenti asilo. Mi è rimasto comunque il magone dell'ingiustizia. (Assistente sociale S. 60 anni)

I professionisti dovrebbero essere maggiormente formati sui temi etici. Nel senso che, ognuno si costruisce una sua etica, forse poco guidata da delle conoscenze anche filosofiche. Etica e filosofia sono molto vicine. I temi etici sono stati trattati dalla filosofia nel corso dei secoli in maniera molto approfondita. Credo che manchi una cultura umanistica, che alla fine è quella che ti forma a prendere decisioni. Ci sono situazioni così complesse che hanno bisogno di un intervento esterno per trovare risposta, questo vale ad esempio sul fine vita ma anche sulla gestione dell'inizio vita (neonati prematuri, malattie dei neonati, eccetera), dove ci sono dei pesi e delle dimensioni della sofferenza talmente grandi che spesso il medico da solo non è in grado di gestire. Ma i temi etici ci sono quotidianamente e su questi quotidiani credo che bisognerebbe essere un po' più preparati dal punto di vista culturale, più che dal punto di vista normativo. (Medico E. 58 anni)

Io penso che dei *meeting*, anche semplicemente all'interno della struttura, potrebbero essere utili. Io questa cosa la richiamo dal contesto africano, dove ogni settimana a livello dell'intero ospedale, ci si sedeva e i vari reparti presentavano chi era deceduto durante la settimana. Era un *meeting* periodico settimanale del lunedì e si dicevano le cause del decesso eccetera, ma non si discuteva granché sul che cosa era possibile fare o altre cose. Questo però lo facevamo internamente nel reparto chirurgico. Dopo uno di questi eventi ci si sedeva e si diceva come avremmo potuto comportarci diversamente. Questo non avviene in maniera sistematica qui in Italia, comunque c'è modo di discuterne all'interno della struttura sanitaria. Questo potrebbe essere lo spazio per sentire anche cosa ha provato l'operatore e capire come fronteggiare al meglio la sua situazione personale nei confronti dell'evento. Potrebbe diventare una proposta, ma dovrebbe essere fatta con un approccio continuativo. Per quanto riguarda il supporto psicologico, ci sono dei corsi aziendali, a livello delle varie ULSS, nel percorso formativo. Esistono dei servizi a cui rivolgersi che però non sono per tutti. Nel periodo del COVID ci veniva proposta un'assistenza psicologica. Sono supporti molto limitati, che bisogna andare a cercare. (Medico A. 32 anni)

A livello universitario, in termini di formazione, sarebbe da affrontare questa tematica. Quando io ho fatto medicina non si parlava neanche di etica. Non si sapeva neanche cosa fosse l'etica. Dovrebbero inserirla. Quando io ho cominciato medicina nella mia specialità, era una specialità che non era ritenuta molto importante. I corsi erano minimi rispetto ad altre cose. Credo che l'etica abbia lo stesso problema. Credo sia una questione di cultura, di modello di cultura del paese in *primis*, che si lega poi alla didattica. Ci dev'essere formazione. Ci dovrebbero essere dei corsi, degli esami che affrontino questo tipo di settore. A medicina ci sono degli ambiti in cui l'etica è molto forte, penso ad esempio al fine vita. Io curo la SLA, che poi avrà un fine vita. Poi è chiaro che non è proprio il fisiatra quello che si avvicina al paziente per il fine, si avvicinerà il neurologo, l'internista, l'anestesista e il rianimatore che lo avrà in carico. Io ad un certo punto non sarò a fare un'analisi del suo fine vita. Solitamente noi i pazienti, quando cominciano a diventare gravi, senza una prognosi di mantenimento almeno, non li vediamo più. Entrano in una sfera diversa. (Medico M. 61 anni)

Sicuramente non siamo preparati dal punto di vista dello studio di queste situazioni. Io ormai sono molto avanti con l'età per cui forse nell'attività didattica dell'Università o Specializzazione di adesso qualcosa viene fatto di più. Sarebbe importante che nel corso universitario fossero presenti due cose fondamentali, che mi sono reso conto che non avevo e che mi sono dovuto costruire: la capacità di relazione (capire come relazionarsi con le persone per poi prendere delle decisioni) e un esame di etica che ti permetta di capire quali sono i confini all'interno dei quali tu ti puoi muovere. (Medico F. 59 anni)

Al di fuori delle interviste ho poi domandato ad alcuni di loro se avrebbero davvero svolto un esame in più di etica durante gli anni universitari. Alla mia domanda sembravano tutti annuire però poi, riflettendoci meglio e ricordando quanti esami avevano e dovevano sostenere, mi hanno spiegato che forse non l'avrebbero fatto semplicemente perché, a quegli anni, non avevano ancora colto appieno il significato e la rilevanza dell'etica. Purtroppo, queste tematiche, che sono pane quotidiano per i professionisti, per gli studenti sono ancora un qualcosa di molto lontano, che resta teorico e senza concretizzazione e che quindi passa in secondo piano rispetto ad altre materie. Quello che si dovrebbe fare per evitare ciò è di cercare di coniugare ancora di più la teoria alla pratica, portando esempi di dilemmi etici, anche se non hanno risposta. Bisogna far capire che queste situazioni esistono, che non sono solo casi isolati che capitano una volta nella vita e che,

ad alcuni professionisti, capitano davvero ogni giorno. Come ha affermato il medico M., non è solo una questione didattica o di formazione, è una questione di cultura.

4.6. La valutazione delle decisioni

Dopo aver preso una decisione, è importante riflettere sul processo decisionale appena concluso e sulle conseguenze che la scelta ha portato. Questo serve per valutare l'efficacia e l'appropriatezza della decisione, aprendo alla possibilità di apportare eventuali correzioni o revisioni, se necessario. In questa valutazione può essere anche utile coinvolgere colleghi e altri operatori che erano coinvolti nel caso specifico. Così facendo si andrebbe anche ad incrementare quella che è la "conoscenza solida" che cerca di sostenere la pratica di professioni quali quella medica e di servizio sociale.

Alla fine, è solo attraverso numerose analisi e valutazione degli interventi effettuati che è stato possibile stilare quelli che sono i manuali contenenti le linee guida d'intervento.

W. J. Reid, nell'articolo *The role of science in social work: the perennial debate*, però afferma:

Esistono prove considerevoli che gli assistenti sociali fanno scarso uso deliberato degli studi di ricerca per sostenere la loro pratica. Inoltre, spesso gli studi non forniscono informazioni sufficienti sugli interventi testati per consentire ai professionisti di replicarli. [...] Le linee guida pratiche possono essere considerate protocolli di valutazione o intervento basati su una combinazione di risultati di ricerca e opinione degli esperti. Sono di solito sviluppate da pannelli di esperti che sintetizzano i metodi all'avanguardia con particolare enfasi su quelli supportati dalla ricerca. Combinando conoscenze basate sulla ricerca e opinioni degli esperti, le linee guida possono presentare approcci coerenti che potrebbero non essere possibili se si utilizzassero solo metodi testati dalla ricerca, ma che sono stati "irrobustiti" dalla verifica empirica di almeno alcuni dei loro componenti⁸³.

La ricerca empirica è importante sia in medicina che nel servizio sociale. In *primis* fornisce un'importante base di evidenza sulla quale basare la pratica e ciò consente ai professionisti di prendere decisioni informate e di offrire cure e servizi di qualità basati su prove concrete. In secondo luogo, la ricerca è un motore per l'innovazione e il progresso, che rende possibile scoprire nuovi trattamenti, approcci e interventi che magari

⁸³ W. J. Reid, *The role of science in social work: the perennial debate*, in "Journal of Social Work", volume 1, 2001, pp. 273-293.

producono risultati migliori rispetto a vecchie risposte alle problematiche, o semplicemente si pongono come valide alternative.

In conclusione, decidere può essere davvero difficile e, negli anni, sono state redatte diverse linee guida, manuali, codici e regolamenti per cercare di affiancare ed aiutare il professionista in questo compito. L'aspetto forse più importante però è quello della condivisione, infatti nei casi più complessi può non bastare la consultazione della teoria e la riflessione che ne consegue, ma si rende necessaria la partecipazione di altri operatori e colleghi.

4.7. Responsabilità del professionista

Per concludere questo capitolo è d'obbligo andare ad analizzare il tema della responsabilità, molto complesso e diramato. Per procedere con ordine, è necessario innanzitutto fornirne una definizione. Diversi sono gli aspetti citati, ma in generale con il termine "responsabilità" s'intende quella condizione in cui si deve rendere conto di atti, avvenimenti e situazioni in cui si ha una parte, un ruolo determinante; nonché la possibilità di prevedere le conseguenze del proprio comportamento e di correggere lo stesso sulla base delle previsioni.

La responsabilità, quindi, prevede un margine di libertà ed autonomia, in cui il soggetto deve scegliere quale comportamento tenere. Questo margine è fondamentale, in quanto senza questa possibilità, anche se la persona potesse prevedere le conseguenze delle sue azioni, non avrebbe la capacità di scegliere un comportamento diverso in base alle previsioni. La rivista online *Lessico di Etica Pubblica* ha pubblicato un interessante articolo a tal proposito. Nel primo paragrafo si spiega:

Il termine responsabilità (così come l'idea di azione responsabile che quel concetto formalizza) indica dunque il fatto che le azioni umane generano conseguenze di cui il soggetto agente può essere imputato, cioè ritenuto responsabile. Di conseguenza egli, mediante la propria azione, si assume l'incarico (la responsabilità) di rispondere delle conseguenze delle proprie azioni. Si intravede però anche un'ulteriore dimensione della riflessione filosofica ed etica, allorché si noti come il concetto di azione responsabile non si esaurisca unicamente con l'esame accurato delle conseguenze delle azioni proprie o altrui, ma possa rinviare al riconoscimento di un'istanza relazionale precedente (o

originaria) coerente in un appello proveniente da un'alterità, a cui il soggetto morale decide liberamente di rispondere nella prassi⁸⁴.

In questa sede però l'accento non viene posto sulla responsabilità in senso generico, quanto piuttosto sulla responsabilità del professionista, che può essere definita come l'obbligo etico e legale che un individuo assume quando esercita una professione specifica. Questa responsabilità implica l'obbligo di agire in modo competente, etico e rispettoso nei confronti delle persone che si rivolgono al professionista, nonché verso la società nel suo complesso.

Sono molti i filosofi e pensatori che hanno affrontato il concetto di responsabilità nel corso della storia.

Il primo importante da citare è sicuramente Kant, la cui visione etica si basa su principi chiari e universali che hanno rilevanza per la responsabilità delle persone e, in particolare, per i professionisti. Il filosofo sottolinea l'importanza di agire secondo il dovere, piuttosto che basare le azioni sulle conseguenze. I professionisti hanno il dovere morale di adempiere agli obblighi della loro professione in modo onesto e responsabile, indipendentemente dalle conseguenze. Ad esempio, secondo lui, un medico ha il dovere etico di fornire cure mediche di alta qualità ai pazienti, indipendentemente dalle conseguenze personali o finanziarie. Questo porta con sé anche l'evitare di infliggere danni non giustificati agli altri e ciò è particolarmente rilevante per i professionisti della salute e del servizio sociale, che devono agire nell'interesse del paziente o dell'assistito. Le decisioni intraprese poi, secondo il filosofo, non devono essere diverse a seconda del caso, dovrebbero invece seguire il principio di universalità, quasi diventando una legge universale⁸⁵.

Nel concreto questo significa che i professionisti dovrebbero chiedersi se l'azione che stanno per intraprendere sarebbe accettabile se fosse seguita da tutti e in altri contesti. Quindi, la responsabilità dei professionisti, secondo Kant, è radicata nella loro capacità di agire secondo doveri morali universali e di trattare gli altri come fini in se stessi, non come mezzi per un fine.

⁸⁴ R. F. Tibaldeo, *Responsabilità*, in "Lessico di Etica Pubblica", volume 1, 2012, pp. 183-199. Rivista disponibile online al sito: <http://www.eticapubblica.it/wp-content/uploads/2014/05/17.responsabilita-franzini.pdf> (Accesso del 10/10/2023).

⁸⁵ F. Raffoul, *The Origins of Responsibility*, Indiana University Press, Bloomington 2010.

È poi importante soffermarsi sul pensiero di Hannah Arendt, filosofa politica e teorica sociale tedesca naturalizzata statunitense del XX secolo, nota per la sua riflessione sulle questioni dell'azione politica, della responsabilità e della moralità.

Nel libro *La banalità del male: Eichmann a Gerusalemme*, ha coniato il termine “banalità del male”, spiegando come individui apparentemente ordinari potessero essere coinvolti in atti di enorme malvagità quando seguono ordini senza riflettere eticamente sulle loro azioni. Questo concetto fa riflettere proprio sulla responsabilità degli individui in situazioni in cui seguono ordini immorali senza porsi domande critiche.

Inoltre, Arendt ha posto un' enfasi particolare sulla capacità di giudizio etico come parte integrante della responsabilità. Il giudizio richiede la capacità di discernere tra ciò che è giusto e ciò che è sbagliato, di riflettere sulle conseguenze delle azioni e di agire in base a principi morali. Il giudizio etico è quindi ciò che impedisce che si verifichi la banalità del male ⁸⁶.

La responsabilità, come già accennato precedentemente, prevede il dover “dare conto”, “rispondere” di qualcosa verso qualcuno. Rispetto a questa responsabilità nei confronti di un'alterità è importante citare Emmanuel Lévinas, filosofo francese del XX secolo, noto proprio per la sua filosofia dell'etica dell'incontro e della responsabilità verso l'altro.

Secondo lui, la responsabilità è la radice dell'etica stessa e la responsabilità nei confronti dell'altro è proprio il punto di partenza ed implica un dovere inalienabile di prendersene cura. È importante questa tematica dell'incontro e della relazione con l'alterità, soprattutto in relazione a professioni quali il medico e l'assistente sociale, che lavorano a stretto contatto con le persone.

L'incontro con l'altro rappresenta un momento fondamentale, in quanto porta alla consapevolezza della vulnerabilità umana e della fragilità dell'alterità, nonché alla responsabilità etica di proteggerlo e assisterlo.

Nel costruire la relazione però non bisogna dimenticare che l'altro è infinito e, proprio per questo, non può essere completamente compreso o controllato. Ciò vuol dire che si deve imparare a rispettare l'alterità nella sua unicità, evitando di incasellarla in categorie, pregiudizi, eccetera.

Questa visione enfatizza l'altro come elemento centrale e prioritario nella relazione che viene ad instaurarsi con l'altra persona, ossia il professionista ⁸⁷.

⁸⁶ H. Arendt, *La banalità del male: Eichmann a Gerusalemme*, Feltrinelli Editore, Milano 2019.

⁸⁷ A. Ponzio, *Responsabilità e alterità in Emmanuel Lévinas*, Jaca Book, Milano 1995.

I diversi aspetti legati alla responsabilità presi finora in esame hanno posto l'accento sulla responsabilità in relazione a: principi e doveri morali, ordini provenienti dall'esterno e relazione con l'altro. È proprio quest'ultima, infatti, ad essere la matrice dell'assunzione di responsabilità, in particolar modo della responsabilità professionale.

È poi importante introdurre un ulteriore concetto che è quello della responsabilità istituzionale. Infatti, per i professionisti quali i medici e gli assistenti sociali, sono compresenti due mandati: istituzionale e professionale e tal volta può capitare che essi entrino in tensione o contrasto.

Quando si parla di mandato e responsabilità professionale si fa in generale riferimento agli obblighi etici e morali che i professionisti assumono quando esercitano la loro professione. Degli esempi possono essere: la riservatezza, intesa come la protezione delle informazioni confidenziali degli assistiti o dei pazienti; la competenza, che fa riferimento al fatto che i professionisti devono essere competenti nel loro campo e mantenere le loro abilità e conoscenze aggiornate; eccetera.

Il mandato o responsabilità istituzionale invece si riferisce agli obblighi etici e morali che ricadono su un'organizzazione o un'istituzione nel fornire servizi o supporto attraverso i professionisti. Questi obblighi possono includere: la qualità dei servizi, infatti le istituzioni hanno la responsabilità di fornire servizi di alta qualità, sicuri ed etici; la conformità legale, in quanto le istituzioni devono rispettare le leggi e le normative pertinenti relative alla loro operatività e ai servizi che offrono⁸⁸.

Quindi, mentre la responsabilità professionale è centrata sul comportamento individuale del professionista e il rispetto degli *standard* etici specifici della sua professione; la responsabilità istituzionale riguarda l'organizzazione che coordina e sovrintende il lavoro dei professionisti, garantendo che l'ambiente operativo sia etico e che i servizi siano forniti in modo responsabile. La combinazione tra questi due aspetti della responsabilità contribuisce al benessere e alla fiducia del pubblico nei servizi professionali.

⁸⁸ M. D. Canevini, E. Neve, *Etica e deontologia del servizio sociale*, Carocci Faber Editore, Roma 2020.

CAPITOLO 5 – DIMENSIONE PERSONALE ED EMOTIVA DEL PROFESSIONISTA

5.1. L'importanza della dimensione personale ed emotiva del professionista

Quasi sempre, quando si pensa al rapporto medico e paziente o assistente sociale ed assistito, si presta attenzione soprattutto al paziente e all'assistito, ai loro bisogni e necessità, al rispetto e promozione dei loro diritti e via dicendo. Poche invece sono le volte in cui, nel pensare a questo rapporto, si pone prima accento al benessere del professionista. Il rapporto di cura ed assistenza è composto dalla presenza di due persone, con due ruoli ben distinti, che entrano in relazione e, a determinare il tipo di relazione, sono diversi fattori tra cui, per l'appunto, quelli personali. Non andare quindi a prendere in esame la sfera personale del professionista, e concentrarsi solamente sull'altra persona, è contro produttivo e non fa che ridurre il professionista ad un lavoratore senza volto, che deve semplicemente rispettare le regole dettate dai codici deontologici e dalla legislazione vigente.

Molto spesso la gente si lamenta del fatto che i professionisti li trattino come se fossero semplici numeri ma, a mio avviso, la situazione non è molto diversa neanche al contrario. Quale paziente o assistito si preoccupa della vita privata del professionista? Con ciò, non intendo una preoccupazione legata allo stato civile, al dove abita e ad altre informazioni strettamente personali, quanto piuttosto alle credenze, ai valori, all'emotività e alla religione del professionista.

Viene sempre insegnato a medici ed assistenti sociali a scindere la sfera personale da quella lavorativa, ma ciò è impossibile che avvenga in modo netto, al 100%; perciò c'è sempre una percentuale di sé che si porta a lavoro e una percentuale di lavoro che si porta poi a casa. Ai fini della mia ricerca, è utile andare ad indagare proprio queste percentuali.

5.2. Sfera emotiva rispetto al tema della responsabilità

Prendere in considerazione, ed analizzare, la sfera personale del professionista non solo contribuisce al suo benessere, ma ha anche impatti significativi sulla qualità delle cure e sulla relazione con il paziente. Infatti, questa sfera, può influenzare la sua prestazione sul lavoro. Questioni personali, come *stress* o problemi emotivi, possono riflettersi sulla qualità delle cure o dei servizi forniti e comprendere questi aspetti può aiutare a prevenire

diverse situazioni, quali ad esempio il *burnout*⁸⁹. È importante mantenere un equilibrio tra lavoro e vita privata, preservando non solo la salute mentale e fisica, ma anche la qualità delle prestazioni professionali. Inoltre, riconoscere e affrontare le sfide personali può promuovere la crescita e lo sviluppo del professionista, migliorando la capacità di gestire situazioni complesse e di bilanciare i diversi fattori e valori in gioco.

L'aspetto su cui vorrei porre attenzione è proprio come si sentono i professionisti alla luce della responsabilità che possiedono rispetto alla vita delle persone.

Quando le cose vanno bene mi sento soddisfatta, appagata. Penso di aver scelto questo percorso proprio per questa ragione. D'altro canto, però, ogni tanto mi sento terrorizzata. Penso che aiuti molto in questo il processo, il metodo. Le valutazioni, la condivisione con altri professionisti, il seguire le "regole" in modo accurato, mi aiutano ad affrontare il mio lavoro in modo più sereno e a non sentire questa responsabilità. O meglio, la sento, ma la inserisco in un quadro di metodo e processo chiaro, in cui non è che divento "Dio". Spero che seguendo degli schemi/procedure/processi questa cosa di sentirsi ogni tanto "Dio" venga meno totalmente. (Assistente sociale M.39 anni)

A volte fa un po' tremare questa consapevolezza (di possedere molta responsabilità nei confronti delle persone), nel senso che mi metto molto in discussione e cerco di mettermi nei panni dell'altro, per cui cerco di capire come sarei se fossi dall'altra parte, cosa vorrei. Poi ci si gioca molto nelle relazioni che si creano nella quotidianità, per cui cerco di essere un'opportunità, dando valore agli incontri che faccio con le persone. (Assistente sociale M. 45 anni)

Sul discorso del "potere" io ho ragionato tantissimo. Credo che riuscendo a fare una valutazione congiunta con le persone e anche delle scelte condivise, per cui diventa anche chiaro chi fa cosa, si riduca l'asimmetria di potere. Questa è chiaramente una differenza fondamentale con il medico, che è detentore di un potere scientifico oltre ogni misura. Noi assistenti sociali invece parliamo di questioni legate alla vita e non di scienza. Anche se possediamo più conoscenze rispetto agli assistiti, è possibile trasmetterle a loro, rispettando il processo metodologico condiviso. Questo è un modo di lavorare che a me è più consono, perché mi aiuta a pensare che rendo responsabili anche loro. (Assistente sociale S. 60 anni)

⁸⁹ Il termine *bornout* viene utilizzato per descrivere una particolare forma di esaurimento psicofisico legata al contesto lavorativo.

Non penso servano grandi commenti, le interviste parlano abbastanza da sé. Questa responsabilità fa paura quando ci si trova di fronte a situazioni critiche e, quello su cui bisognerebbe lavorare di più, è proprio la condivisione di questi momenti, che sia con dei colleghi, con altri professionisti o con gli assistiti stessi, come riporta quest'ultima intervista. Ciò che ho trovato interessante è poi il paragone con i medici, in quanto secondo l'assistente sociale loro fanno più fatica a condividere il sapere con i pazienti e quindi faticano a ridurre quella che è l'asimmetria di potere. Un altro paragone che mi era stato portato, riguardante sempre la condivisione del sapere, era relativo al lavoro d'*équipe*. Secondo un'assistente sociale i medici non sono abituati a lavorare in gruppo con gli altri professionisti e di solito si concentrano sulla dimensione biologica, ignorando quella della "vita", ossia la dimensione sociale. Su quest'ultimo punto torneremo alla fine.

Sicuramente è un bel fardello, un peso per il medico avere questa responsabilità. Spesso, quando le decisioni sono difficili, anche in medicina si utilizza la multidisciplinarietà e il confronto con altri colleghi, perciò questo peso viene in qualche modo condiviso. Però, come è stato durante il periodo del COVID, servirebbe un supporto ai sanitari per bilanciare questo peso che delle volte è particolarmente importante. D'altra parte è anche vero che a lungo andare, facendo un lavoro del genere, elabori una sorta di scudo per proteggerti dalle condizioni difficili, per cui questo avviene di fatto nella mente. È una sorta di meccanismo di difesa che compare soprattutto nelle situazioni difficili. Alla fine devi abituarti, devi renderti conto che è la situazione lavorativa e lasciartela un pochino da parte. Bisogna essere oggettivi e lucidi indipendentemente dalla condizione emotiva. (Medico A. 32 anni)

Il problema è sempre quello di scindere il lato emotivo da quello professionale. Io ho un'attività in cui abbiamo pochi contatti con i pazienti, ma me ne faccio carico ugualmente. Alla fine sappiamo bene quali sono le condizioni che sottendono i pazienti, anche se non li vediamo. Però ho sicuramente meno pressioni dal punto di vista emotivo. Sto seguendo un nostro collaboratore che ha purtroppo un tumore molto avanzato, e che ho seguito in tutta la sua malattia. Ho sempre cercato di spostargli l'obiettivo in avanti. Anche se, già quasi un anno fa che ha iniziato questa malattia, io sapevo che lui non sarebbe sopravvissuto, ho sempre cercato di spostargli gli obiettivi, trovandogli una nuova terapia, una nuova soluzione, che il più delle volte sapevo non sarebbero state risolutive ma solo temporanee. Questa emotività l'ho vissuta. Forse anche io volevo credere che, dandogli un'altra *chance*, avrei tolto la parte dell'emotività del rapporto. La necessità è sempre quella di dividere l'emotività dalla professione, perché sennò rischi di

essere bravo come assistente spirituale, ma un pessimo professionista. I pazienti hanno bisogno di bravi professionisti e se poi sono anche delle persone empatiche tanto meglio. (Medico E. 58 anni)

Si va avanti giorno per giorno. Non sono un passionale, il mio collega psichiatra dice che sono un anafettivo. Per cui vengo al lavoro tranquillo e affronto di volta in volta la situazione. Il dilemma etico è quando un paziente ti dice che non vuole essere più curato, sarebbe semplicissimo dire “okay” e scrivere sul diario clinico che il paziente rifiuta le cure. Si cerca di superare, come sempre, i problemi che possono essere clinici, etici, relazionali. Non faccio caso alla frequenza in cui capitano queste situazioni. Potrebbe essere quotidiano nel mio lavoro ma non ci bado perché è la normalità. (Medico A. 66 anni)

Si percepisce grande differenza tra queste interviste e quelle delle assistenti sociali. Forse questa è proprio la domanda in cui ho percepito maggiore differenza. Avendo intervistato solamente 10 persone non posso azzardare generalizzazioni però, da quel che ho visto, i medici riescono a separare meglio la dimensione personale da quella lavorativa. Anche in altre domande le assistenti sociali mi spiegavano che si portavano spesso i problemi della giornata a casa, faticando a separarsene. Inoltre, mentre alcune assistenti sociali riportavano che fosse giusto, e anzi addirittura necessario, lasciarsi coinvolgere di più e avvicinarsi maggiormente agli assistiti, i medici parlano di elaborare uno scudo, di separare del tutto le due dimensioni. Degna di nota è poi quest'ultima intervista, in cui il medico in questione sembra riuscire a scindere totalmente le due dimensioni, tanto che neanche fa più caso a quando si trova di fronte a dilemmi etici, li affronta e basta.

Quello che mi sento di dire, rispetto a questa tematica, è che entrambe le professioni forse hanno qualcosa da imparare l'una dall'altra. Le assistenti sociali potrebbero imparare a tenere maggiori distanze in quanto, se da un lato avvicinarsi può essere utile per instaurare una relazione di maggiore fiducia ed empatia con l'assistito, dall'altro lato si rischia di farsi travolgere e far sì che il lavoro non abbia mai fine e arrivi anche a casa, in famiglia. I medici invece potrebbero provare ad avvicinarsi di più, cercando di non limitarsi alla sfera biologica ma aprendosi anche a quella della “vita”. Purtroppo, a livello teorico sembra facile, poi nel concreto è più difficile del previsto applicare quest'ultimo consiglio, è la causa principale è il poco tempo. Parlando con diversi medici mi hanno spiegato che spesso sono obbligati a correre, a ridurre la visita al minimo essenziale in quanto hanno troppe persone in coda, persone che spesso e volentieri si lamentano dei

ritardi, del fatto che i medici sono molto sbrigativi, eccetera. Questo non fa che aggiungere un peso in più sulle loro spalle, in quanto vengono considerati i responsabili della situazione, quando in realtà la colpa non è loro se si ritrovano ad avere così tanti pazienti da visitare in così poco tempo.

5.3. L'errore

Nel capitolo precedente è stata dedicata molta attenzione al processo decisionale, in particolare ai modi per supportare i professionisti nella presa di decisioni in situazioni dilemmatiche. Sebbene l'obiettivo sia sempre quello di agire per il meglio, può capitare che il professionista prenda una decisione sbagliata, commettendo un errore. Quello che mi interessava andare ad indagare a tal proposito era proprio come si sentisse il professionista in questi momenti e quali strategie mettesse in atto per superare questi momenti di "crisi".

Secondo me dagli errori si impara più che in altri momenti in cui si fanno le cose giuste. Quegli eventi devono essere poi riletti insieme a chi ha partecipato a quel percorso, in modo da capire e rivedere cos'era stato valutato nel modo sbagliato e cercare di imparare da quell'errore, per fare poi valutazioni diverse in altri casi simili. Qui, in questo servizio (*Hospice*), non ho né supervisione né *équipe*, non abbiamo momenti di formazione o momenti strutturati e calendarizzati di discussione. Questo a me manca moltissimo. In altre esperienze professionali li avevo ed erano importantissimi. Adesso mi sono iscritta ad una supervisione esterna presso un'Organizzazione per Assistenti sociali. Siamo un piccolo gruppo di professionisti. Ci saranno sei/sette incontri calendarizzati mensili che spero mi supportino da questo punto di vista emotivo. (Assistente sociale M. 39 anni)

Nel momento in cui succede qualcosa che non va, uno in *primis* si domanda "ho agito correttamente?". Le decisioni cliniche spesso non sono univoche e anche seguire le linee guida è una cosa molto parziale. Ogni approccio al paziente dev'essere sartoriale, difficilmente ci sono delle situazioni proprio lampanti. Questa questione uno se la pone costantemente e non è facile effettivamente. Quando succedono fatti gravi è ovvio che uno abbia anche dei pensieri. A me personalmente finora non è successo. Però in un contesto come quello africano, in cui mi sono trovato in *primis* a prendere delle decisioni importanti in prima persona, perché spesso sono stato l'unico punto di riferimento, lì stai sveglio anche la notte. Mi ricordo una volta di una paziente che avevamo operato insieme ad un collega africano. Avevamo finito alle 4 della mattina e alle 5 ci hanno ribussato le

infermiere alla porta. Il pensiero non va mai via. O c'è qualcuno che te lo ricorda o, nella maggior parte dei casi, sei tu che ti porti dentro quest'angoscia. Non è facile da portare. Perché poi quando lavori in un gruppo, le decisioni sono condivise, ci sono i turni, ci sono gli orari, c'è un altro collega che dopo *tot* ore rivede il paziente con te, c'è un primario a cui fare riferimento. Ma quando sei da solo sicuramente il peso aumenta molto. (Medico A. 32 anni)

Ancora una volta il *focus* viene posto sulla condivisione dell'esperienza e credo che, rispetto alla tematica dell'errore, sia ancora più importante parlare con gli altri, non solo per scoprire altri punti di vista rispetto alla tematica, ma anche per condividere il proprio stato d'animo e non restare da soli in un momento così delicato. Inoltre, poche volte nei manuali si parla nel concreto degli errori, è quasi un tabù parlarne però ciò fa sì che si pensi che il professionista non sbaglia mai, che prenda sempre le migliori decisioni e che non vada mai in crisi. È invece importante essere più realisti e condividere il sapere pratico anche in relazione alle decisioni sbagliate.

Noi dobbiamo confrontarci con l'errore e quindi questa è una consapevolezza professionale che dobbiamo maturare, ovviamente facendo i conti con noi stessi e con come siamo fatti. Ci sono ad esempio persone perfezioniste che di fronte ai loro errori vanno in crisi e invece altre che hanno una maturazione maggiore, anche data dall'esperienza, che reagiscono diversamente. Quindi penso che gli errori vadano messi in conto e, come sempre, se possibile andrebbero confrontati con le persone che magari ne hanno pagato le conseguenze o che hanno fatto la scelta non del tutto orientata, o rispetto alle quali non ha funzionato l'intervento perché non c'erano più fondi. Ci sono tanti percorsi che potrebbero non funzionare e noi dobbiamo imparare a convivere con l'incertezza, sapendo che potrebbe esserci un margine che non ci porterà esattamente dove abbiamo pensato. Fa parte delle competenze questo. Io ho fatto difficoltà all'inizio, poi un po' alla volta ho cercato di capire che ce l'ho messa tutta e qualcosa è potuto non funzionare. Questo mi aiuta a non sentire il fallimento ogni volta che qualcosa non funziona. (Assistente sociale M. 60 anni)

Per superare i momenti di crisi mi do in *primis* del tempo per riflettere. Io cerco di apprendere dagli errori e quindi cerco di verificare quali sono state le condizioni che hanno portato a fare delle scelte e quali sono stati i fattori che hanno portato ad una deviazione o alla costruzione di un percorso che magari non è quello che è diventato il migliore per la persona. Quindi cerco di comprendere gli elementi per affrontare quella

situazione e anche per recuperare. Mi è capitato di chiedere scusa a qualcuno o di confrontarmi, perché ci tengo poi che le relazioni si lascino nel bene, per quanto possibile, se ci sono degli errori da parte mia. Oppure cerco di condividere con la persona quelli che possono essere stati gli elementi che hanno portato ad ottenere un risultato che non ci aspettavamo e quindi vedere se si può recuperare. Comunque mi prendo del tempo per vedere l'effetto che fa su di me. In qualche modo gli errori sono un po' delle ferite e mi do del tempo per confrontarmi con queste tematiche. Mi capita ad esempio di parlarne con altre persone e questo mi aiuta un po' a liberarmi. (Assistente sociale M. 45 anni)

Trovo che confrontarsi con le persone rispetto alle quali è stata presa una scelta che non si è rivelata la migliore sia davvero difficile e, ancora di più, chiedere loro scusa. Allo stesso tempo però è importantissimo farlo e, soprattutto, imparare a farlo. Nonostante sbagliare faccia sentire in colpa, frustrati e magari faccia anche provare un senso di vergogna nei confronti delle persone, è importante condividere quello che è successo. Per andare oltre al rapporto asimmetrico è necessario, infatti, mantenere un dialogo trasparente e sincero, anche quando si commettono degli errori. Purtroppo, non sempre la gente comprende quanto sia difficile prendere una decisione per i professionisti, soprattutto nei casi più complessi in cui si naviga nell'incertezza. Molto spesso la gente richiede e pretende dal professionista la perfezione, la certezza e non concepisce l'incertezza o l'errore e, nel caso ciò avvenga, le persone sono pronte a passare all'attacco. Sono sempre di più, infatti, le tutele legali nei confronti delle persone che accedono ai servizi, in particolare a quelli sanitari. Se ciò da un lato permette ai pazienti di sentirsi più sicuri, tutelati e più vicini al piano del professionista, dall'altro lato questo grava tantissimo sulle spalle del professionista stesso. Infatti, molto spesso quest'ultimo ha ancora più paura di agire, di decidere e di sbagliare e, nei casi in cui bisogna andare a tentativi per diagnosticare o per intervenire, questo è grande problema.

Nel momento in cui tu prendi coscienza che la tua decisione non è stata la migliore, devi sempre cercare comunque, nell'interesse della salute del paziente, di operare affinché quello "sbaglio" decisionale venga recuperato. Dire che un medico non sbaglia è impossibile. Nel lavoro è impossibile non sbagliare. Però ci sono errori che possono essere sistemati e risolti e quindi l'obiettivo è lo stesso. (Medico M. 61 anni)

Errare Humanun Est. Tutti possiamo commettere degli errori. L'importante è capire l'errore, analizzarlo e trovare una strategia per evitarlo una seconda volta. (Medico F. 59 anni)

Dopo aver commesso un errore è importante non paralizzarsi, cercare di reagire, provando a sistemare la situazione, se possibile, o cercando di contenere i danni. Oltre a parlare con le persone coinvolte e condividere il peso con colleghi ed altri professionisti, è importante anche analizzare da soli la situazione, in modo tale che, appunto, non si commetta lo stesso errore una seconda volta.

Oltre a queste interviste che ho riportato, ce n'è un'ultima che mi ha particolarmente colpita.

Sono dell'opinione che, chi fa il nostro lavoro, non può permettersi il lusso di andare in crisi. Mi hanno disturbato qualche volta delle situazioni. Mi sono ritrovato con dei genitori giovani che avevano dei figli piccoli e l'unica cosa che potevo fare era sedare il genitore e pensavo a questi bambini che sarebbero rimasti soli. (Medico A. 66 anni)

Non ho le competenze né il diritto di giudicare se quest'affermazione sia giusta o sbagliata, se vada condivisa o meno. L'unica cosa che mi sento di poter dire è che la sua sia un'opinione molto forte, che richiede uno sforzo gigantesco al professionista e c'è il rischio che si pretenda troppo da se stessi.

5.4. Valori e religione

L'ultima importante tematica su cui ho deciso di soffermarmi è quella dei valori della persona e della sua religione. Non è una questione che ho affrontato direttamente durante le interviste ma diversi professionisti, al termine delle domande, hanno voluto parlarne.

Io credo che bisognerebbe cercare di essere, in un ambito di questo tipo, i più laici possibile. Io sono molto religioso e ho un'etica anche legata alla religione. Però, in un mondo così variegato, dove le religioni ormai sono trasversali nella società, così come nella politica, essere i più laici possibile credo che sia necessario, pur avendo una propria coscienza. Allo stesso tempo, è un bene prezioso l'etica legata ad una religione, per cui comunque va considerata. Credo che riuscire a fare un'intersezione tra queste tematiche sia la cosa un po' più difficile. (Medico F. 59 anni)

Da anni si riflette sul delicato legame tra religione e sanità. Non esistono risposte certe e valide sempre e comunque. Quello su cui vorrei porre attenzione è il rispetto per la persona, sia che si tratti del paziente, di un suo familiare o di un amico, sia che si tratti del medico o di un altro professionista. Quindi, se da un lato è giusto promuovere e rispettare l'autonomia e la dignità del paziente, dall'altro lato bisogna rispettare anche i valori e credenze dei professionisti. Se è sbagliato che un professionista vada contro a quelli che sono gli ideali della persona, è sbagliato anche che i pazienti e gli assistiti vadano contro a quelli che sono gli ideali dei professionisti. Molti però pensano che, essendo i professionisti dei lavoratori, debbano solo fare il loro dovere, indipendente da quello che pensano e provano. Però, proprio come abbiamo visto in diverse interviste, separare il lavoro dalla sfera personale è molto difficile, specialmente nei casi più complessi.

Per concludere, un altro intervistato mi ha portato un interessante esempio che consente di capire ancora meglio le difficoltà sottese in questi ambiti.

Un esempio è il dilemma del testimone di Geova. È un tema molto caldo soprattutto in ambito chirurgico. Di solito riusciamo ad affrontarlo in elezione, cioè, dovendo programmare un intervento in un paziente che dichiara la sua volontà di non essere trasfuso, viene organizzato un colloquio con il chirurgo, l'anestesista e il medico legale, che discutono insieme e si arriva ad una definizione di che cosa mette per iscritto. In questo documento il paziente, nel momento in cui non si trovasse nella condizione di intendere e di volere, può dichiarare che vi sia un familiare che decide per lui. Quindi questa cosa viene definita a priori. È una questione molto delicata, sulla quale si ragiona sempre sul singolo caso. In urgenza esiste lo stato di necessità, che è appunto la condizione d'urgenza ed emergenza che detta al medico di intervenire a tutela del paziente che altrimenti sarebbe destinato a morte certa. Questo in qualche modo tutela il medico. Però se il paziente ha dichiarato in maniera esplicita che non vuole esser trasfuso, bisogna rispettare la sua volontà. È capitato che dei pazienti arrivassero a 3 di emoglobina e la volontà scritta ed irrevocabile di non essere trasfusi alla fine li ha portati al decesso. Purtroppo, bisogna tenere conto di diversi fattori e si spera che in *extremis*, ossia quando il paziente sa che rischia la morte, ad un certo punto cambi idea. La risposta, quindi, va valutata caso per caso, tenendo conto della volontà del paziente, del contesto, dello stato del paziente, della capacità di intendere e di volere. (Medico A. 32 anni)

CONCLUSIONI

Mentre scrivevo questa tesi, capitolo dopo capitolo, mi sono resa conto di quante questioni e tematiche ci sarebbero ancora state da affrontare. Tutte le dimensioni analizzate si sono rivelate ancora poco conosciute e studiate; inoltre, oltre a quelle su cui avevo deciso di focalizzarmi, ne sono subentrate altre, come ad esempio l'errore e la religione, che non avevo inizialmente pensato di includere. Questo lavoro di ricerca ha dunque evidenziato la necessità di una maggiore formazione rispetto all'etica, in particolare nelle professioni di aiuto.

Inoltre, nonostante il *focus* fosse sull'etica nel servizio sociale, man man che la analizzavo mi sono resa conto che il paragone con l'etica medica non era solo un adorno, era fondamentale. Perciò ho ritenuto importante affrontare e studiare anche l'etica medica, rendendola parte integrante della tesi in quanto, appunto, essa è un bel po' di passi in avanti rispetto all'etica del servizio sociale, che è agli esordi. Per fare un ulteriore passo in avanti, cercando di superare la sola teoria, ho poi deciso di organizzare delle interviste, coinvolgendo sia medici che assistenti sociali che lavorano in ambito sanitario. Ho avuto la fortuna di realizzare gran parte delle interviste di persona, recandomi negli uffici dei professionisti ed entrando ancora di più nel loro mondo. Infatti, osservare l'ambiente in cui lavorano, nonché il loro linguaggio non verbale, è importante quanto il contenuto stesso delle risposte. Mi hanno infatti colpita dei piccoli dettagli: alcuni toglievano la mascherina durante l'intervista e mi stringevano la mano, mostrando vicinanza, mentre altri hanno tenuto la mascherina e hanno posto maggiore distanza. Un altro grande elemento importante è stato il silenzio. Gli intervistati erano stati avvisati, prima dell'intervista, delle tematiche che sarebbero state affrontate e, nonostante ciò, tutti loro hanno avuto momenti di silenzio e di esitazione. Molti commentavano le domande, prima di rispondere, con un "*è difficile, non ci avevo mai pensato*", segno che stavo approfondendo proprio le tematiche giuste. La più grande soddisfazione l'ho avuta al termine della gran parte delle interviste. Diversi professionisti mi hanno confessato di essere stati felici di aver contribuito alla mia ricerca e di sperare che cambi davvero qualcosa prima o poi, che si continui a far ricerca su questi temi e, soprattutto, che si vadano a coniugare sempre di più la teoria e la pratica.

Quando ho cominciato a riflettere su queste tematiche e ad elaborare una scaletta per la tesi non sapevo con esattezza dove sarei arrivata e di certo non pensavo che avrebbe

aperto così tante questioni che non hanno ancora una risposta. In questa tesi infatti poche sono le questioni che hanno trovato risposta e forse è giusto così. L'etica non è una disciplina statica, che possiede le formule per risolvere tutti i problemi. L'etica fa pensare, fa ragionare e cambia ogni giorno, mettendosi in discussione e scoprendo continuamente nuovi aspetti e punti di vista. L'epoca in cui viviamo è veloce, dinamica e, proprio per questo, sembra incompatibile con l'etica, che richiede di fermarsi, riflettere e condividere il pensiero. Eppure bisogna imparare a farlo. Bisogna imparare ad arrestarsi, a mettersi in discussione, a guardarsi indietro analizzando i propri successi ed errori e non solo nella vita professionale, bisognerebbe farlo ogni giorno.

Invece di dedicare la conclusione ad un ricapitolo e commento di ciò che è stato fatto, vorrei dedicarla a quello che si può fare, al futuro. Per farlo riporterò alcune delle risposte all'ultima domanda dell'intervista, che chiedeva di pensare a come saranno le professioni tra venti anni, alla luce di queste riflessioni sull'etica.

Spero in *primis* che nei corsi di laurea si possa dare più spazio all'etica. Siamo in un momento e fase dell'agito in cui le persone fanno più che pensano, o pensano finché fanno, ma non pensano prima di agire. Pare che il pensiero sia un po' del tempo perso. L'etica sta anche in questo: riuscire ad approfondire e a farsi delle domande e fermarsi se non si hanno le risposte. Io mi auguro che la gente riesca a rallentare per dedicarsi degli spazi per la riflessione, pensando che non siano tempo perso. Forse ci stiamo sbattendo il naso in questa epoca di enorme velocità, in cui ci sono soluzioni standardizzate perché servono subito e quindi si seguono strade già abbastanza segnate. Mi auguro che questi stimoli e le persone che ogni tanto illuminano le menti riescano a dare spazio alla riflessione. Non so poi quanto la gente sia disposta a farlo. Non voglio essere sfiduciata, ma io sento una corsa sfrenata e poco spazio al resto. Tutti corrono sopraffatti dalle cose da fare e si cambia molto poco. Siamo un paese molto poco orientato al cambiamento e al futuro, abbiamo una visione sempre nel tempo strettamente limitato. Tu mi hai chiesto di pensare "ai prossimi 20 anni", chi è che pensa ai prossimi 20 anni? Chi ci sta pensando? Mi ricorda la metafora del criceto: si corre, corre, corre e non cambia niente, la ruota è sempre quella. Non corri con l'idea di cambiare una prospettiva, rinunciando magari a qualcosa di tuo adesso. Se riusciamo a dare un messaggio etico è proprio in questa direzione. Le persone devono in qualche modo rinunciare a qualcosa adesso per poter costruire. Non so quanti riescano e quanto si riesca a dare un senso a questi spazi di riflessione. Il tempo per l'etica è davvero troppo poco. Come assistenti sociali dobbiamo davvero interrogarci su queste tematiche. (Assistente sociale M. 60 anni)

Penso che ci siano dei cambiamenti possibili sempre. Se c'è il modo di attivare dei percorsi di pensiero, riflessione e di condivisione di alternative, sulle situazioni ma anche sulle professioni stesse, potrebbero sicuramente essere d'aiuto. Dal mio punto di vista l'importante poi è riuscire a tradurre tutto ciò anche nella professione, nell'operatività e quotidianità. Quindi non devono essere dei pensieri che vadano a fare filosofia, limitandosi ad impregnare lo spazio di pensiero teorico, ma anche che si possano tradurre anche nella pratica. (Assistente sociale M. 45 anni)

Il cambiamento è tumultuoso. Il cambiamento, anche in temi etici, nei prossimi 20 anni sarà soprattutto quello legato alle tecnologie. Verranno introdotti dei sistemi di intelligenza artificiale, o comunque di alta tecnologia, che potranno contribuire a decidere di diagnosi e terapia. A decidere sarà sempre la persona ma il contributo della macchina potrebbe essere determinante. Come introdurremo l'IA all'interno dei processi sanitari? Come faremo a equilibrare i sistemi umani e artificiali anche sapendo che gli sviluppi dell'IA potrebbero dare dei vantaggi ai pazienti? Questo è il dilemma maggiore su cui il mondo si sta interrogando, dalle forme più banali di Chat GPT o degli attori di Hollywood che dicono che ormai gli *screen* vengono fatti dalle macchine. Fra un po' forse le diagnosi verranno fatte da una macchina. Ci dovremmo fidare? Come lo spieghi ad un paziente? Il paziente cerca ancora un rapporto col medico. Una prospettiva è che i sistemi innovativi potrebbero far riguadagnare il rapporto con i pazienti. Qualcuno dice "cerchiamo di far fare le azioni ripetitive alle macchine per potersi dedicare di più al rapporto umano tra medico e paziente". Questo probabilmente se riusciamo a farlo è la vera soluzione. Guadagnare il lato umano togliendo alcune incombenze ripetitive, che adesso sono purtroppo molto frequenti. Tutti quanti quando vanno da un medico lamentano che nella maggior parte della visita il medico scrive e non li ascolta. Uscire da una visita con un referto/relazione è un atto necessario dal punto di vista anche legale. Però è chiaro che se stai dentro mezz'ora e il medico scrive 20 minuti, il tempo che ha dedicato a te è di 10 minuti. Se c'è un sistema che ti consente, mentre tu parli al paziente, di relazionare in una formula scritta quello che vi siete detti o commentati, senza che tu debba distrarti, *beh* forse è un vantaggio. Questo è un esempio. (Medico E. 58 anni)

Io credo che bisognerebbe sfruttare le occasioni che noi abbiamo, nel senso della formazione professionale. Mi è capitato qualche volta di fare dei convegni all'interno dei quali c'erano anche degli interventi legati all'etica. Questi sicuramente possono aiutare. Però, il leggere, il formarsi e l'approfondire questo ambito di pensiero credo sia molto individuale. Solo una persona che è particolarmente interessata si muove all'interno di questo ambito. Siamo talmente presi da tutto quello che è il mondo clinico legato al

paziente, che veramente ti rimane poco tempo per pensare. Però qualche cosa si può fare. Io credo che dovremmo essere sollecitati, magari dall'Ordine dei Medici o da altre situazioni, ad approfondire sempre di più queste tematiche. Se viene fuori qualcosa di questo tipo, nei prossimi 20 anni potrebbe esserci anche una svolta definitiva. Ma se non viene fuori niente e non si fa niente, come è attualmente la situazione, credo che tra 20 anni ci ritroveremo a parlare della stessa cosa. (Medico F. 59 anni)

Per chiudere, vorrei anche io rispondere a questa domanda.

Penso che tra vent'anni il mondo sarà ancora più dinamico, veloce e frenetico e fermarsi sarà ancora più difficile. Proprio per questo bisogna impegnarsi già da ora, da subito, e studiare, informarsi, interrogarsi e mettersi in discussione. L'etica affronta questioni cruciali, fondamentali sia nel mondo del lavoro sia nella vita quotidiana e, proprio per questo, è importante comprenderne l'enorme portata. Il silenzio e la difficoltà dei professionisti a rispondere alle mie domande ne ha rappresentato un'ulteriore prova.

Se neanche i professionisti che hanno a che fare con l'etica la conoscono a fondo, cosa ne dovrebbero sapere le altre persone?

Da poco, in alcuni corsi di laurea di medicina, è stato introdotto un corso di bioetica ed etica, tra quanto verrà introdotto anche a servizio sociale? Non basta studiare il Codice Deontologico per conoscere i principi cardine delle professioni, bisogna analizzarli nella pratica, perché è lì che poi si applicano od entrano in conflitto.

Spero che, in qualche modo, la gente comprenda l'importanza di parlare di queste tematiche, che non si limitano a quelle che ho approfondito io, ma che si aprono a tantissime altre questioni, e che ci si prenda del tempo per pensare, pensare e pensare.

Come ha affermato l'assistente sociale M. di 45 anni i cambiamenti sono possibili sempre, sì, è vero, però bisogna mettersi in gioco per ottenerli.

BIBLIOGRAFIA

N. Abbagnano, G. Fornero, *L'ideale e il reale*, Vol. II, Pearson Italia, Milano 2015.

N. Abbagnano, G. Fornero, *L'ideale e il reale*, Vol. III, Pearson Italia, Milano 2015.

H. Arendt, *La banalità del male: Eichmann a Gerusalemme*, Feltrinelli Editore, Milano 2019.

Aristotele, *Etica Nicomachea*, Edizioni Unicopli, Milano 2022.

S. Banks, *Ethics, Accountability and the Social profession*, Bloomsbury Publishing, Londra 2003.

T. Beauchamp, J. Childress, *The Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, Oxford 2019.

J. Bentham, *Deontology or the Science of Morality*, Adamant Media Corporation, Massachusetts 2000.

T. Bertotti, *Decidere nel servizio sociale. Metodo e riflessioni etiche*, Carocci Faber Editore, Roma 2021.

P. Bourdieu, a cura di M. Cerulo, *Sul concetto di campo in sociologia*, Armando Editore, Roma 2010.

M. D. Canevini, E. Neve, *Etica e deontologia del servizio sociale*, Carocci Faber Editore, Roma 2020.

G. Cantillo, *Etica cristiana e mondo*, in "Etica e Politica XIV", Giannini Editore, Napoli 2012.

S. Catucci, *Introduzione a Foucault*, Editori Laterza, Bari-Roma 2019.

F. Cioffi, *I filosofi e le idee*, Mondadori, Milano 2004.

P. Corbetta, *La ricerca sociale: metodologia e tecniche, Le tecniche qualitative*, Il Mulino, Bologna 2015.

G. Cusinato, *Natura e libertà: Schelling e il problema della causalità*, in “Journal of the History Of Metaphysics”, 2002, pp. 583-608.

A. D’Attorre, *Le basi teoriche della sociologia del potere di Max Weber*, in “Filosofia politica”, 2000.

E. L. Deci, R. M. Ryan, *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*, NY: Plenum, New York 1985.

A. De Vita, *Socioetica relazionale: doveri sociali fondamentali della vita quotidiana*, edizione Kindle, codice ASIN: B09DJ7G5FD, 2021.

P. L. Donini, *Etica in Aristotele*, Editori Laterza, Bari 1997.

P. K. Feyerabend, *Dialogo sul metodo*, a cura di R. Corvi, Laterza, Roma-Bari 1995.

N. Fraser, A. Honneth, *Redistribuzione o riconoscimento?*, Booklet Milano, Milano 2007.

L. Geymonat, *Storia del pensiero filosofico e scientifico*, volume III, Garzanti, Milano 1970.

R. B. Haynes, S. E. Straus, D. L. Sackett, W. S. Richardson, W. Rosenberg, *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*, Churchill Livingstone, Londra 2000.

J. Higgs, M. A. Jones, S. Loftus, N. Christensen, E. A. Edwards, *Clinical Reasoning in the Health Professions*, Elsevier, Amsterdam 2018.

- W. Kluxen, C. Vigna, *L'etica filosofica di Tommaso D'Aquino*, Vita e pensiero, Milano 2004.
- E. Lévinas, *Umanesimo dell'altro uomo*, Il Nuovo Melangolo, Genova 1998.
- C. Natali, *Aristotele*, Carocci Editore, Roma 2014.
- A. C., *I principi del servizio sociale. Dalla storia alle sfide attuali*, in “Vita e Pensiero – Pubblicazioni dell'Università Cattolica del Sacro Cuore”, 2015.
- G. Pieroni, M. D. P. Ponticelli, *Introduzione al servizio sociale. Storia, principi, deontologia*, CarocciFaber Editore, Roma 2005.
- Platone, *La Repubblica*, a cura di G. Stelli, Armando Editore, Roma 2007.
- A. Ponzio, *Responsabilità e alterità in Emmanuel Lévinas*, Jaca Book, Milano 1995.
- F. Raffoul, *The Origins of Responsibility*, Indiana University Print, Bloomington 2010.
- W. J. Reid, *The role of science in social work: the perennial debate*, in “Journal of Social Work”, volume 1, 2001, pp. 273-293.
- M. Sanfelici, L. Gui, S. Mordegli, *Il servizio sociale nell'emergenza Covid-19*, FrancoAngeli, Milano 2020.
- P. Santagostino, *Il colore in casa. Come sfruttare gli effetti psicofisici dei colori per una casa più sana e ambienti più accoglienti*, Apogeo, Milano 2006.
- A. Sartori, *Giovanni Pico Della Mirandola, filosofia, teologia, concordia*, Edizioni Messaggero Padova, Padova 2017.
- A. Taylor, *Socrate*, Castelvecchi Editore, Roma 2015.
- F. Turoldo, *Breve storia della bioetica*, Edizioni Lindau, Torino 2014.

F. Turoldo, *Dire la verità. Un percorso dalla verità etica all'etica della verità*, Cittadella Editrice, Assisi 2018.

M. Vegetti, *L'etica degli antichi*, Editori Laterza, Bari 2010.

C. A. Viano, *Enciclopedia delle Scienze Sociali*, Treccani, Roma 1993.

P. Watzlawick, H. Janet, J. H. Beavin, D. D. Jackson, *Pragmatica della comunicazione umana: studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*, Astrolabio, Roma 2008.

SITOGRAFIA

AA.VV. (1947), *Atti del Convegno per studi di assistenza sociale, Tremezzo (Como)*, 16 settembre - 6 ottobre 1946. Milano. Pagina disponibile online al sito:

<https://www.aspi.unimib.it/collections/entity/detail/442/> (Accesso del 15/04/2023).

A. Bocchetti, *La ricerca sui principi della morale di David Hume*, in “La Cooltura”, 2019. Articolo online disponibile al sito: <https://www.lacooltura.com/2019/05/ricerca-principi-morale-david-hume/> (Accesso del 01/02/2023).

C. Clericetti, *Fra trascendenza e ragione: breve storia dell'etica*, in “Summa”, 2003. Articolo online disponibile al sito:

<http://nuke.carloclicetti.it/Brevestoriadellvetica/tabid/370/Default.aspx> (Accesso del 01/02/2023).

Codice di Norimberga, 1947. Codice online, disponibile al sito:

https://www.iss.it/documents/20126/45616/Pagina1_154Relazione98_5.pdf/b7310032-9f98-6e12-af13-bbbd616196d9?t=1581103017730 (Accesso del 01/02/2023).

L. Cortesi, *Fichte: la missione del dotto*, in “Philosophica and Theologica”, 2017.

Articolo online disponibile al sito:

<https://blogphilosophica.wordpress.com/2017/06/12/fichte-la-missione-del-dotto-2/> (Accesso del 01/02/2023).

Dizionario Treccani, 2023. Dizionario online, disponibile al sito:

<https://www.treccani.it/vocabolario/etica/> (Accesso del 01/02/2023).

Dizionario Treccani, 2023. Dizionario online, disponibile al sito:

<https://www.treccani.it/vocabolario/morale1/> (Accesso del 01/02/2023).

Dizionario Treccani, 2023. Dizionario online, disponibile al sito:

<https://www.treccani.it/vocabolario/ricerca/Simpatia/> (Accesso del 01/02/2023).

Dizionario Treccani, 2023. Dizionario online, disponibile al sito:
<https://www.treccani.it/vocabolario/ricerca/Utilitarismo/> (Accesso del 01/02/2023).

Dizionario Treccani, 2023. Dizionario online, disponibile al sito:
<https://www.treccani.it/vocabolario/asimmetria/> (Accesso del 15/06/2023).

Dizionario Treccani, 2023. Dizionario online, disponibile al sito:
https://www.treccani.it/enciclopedia/empowerment_%28Dizionario-di-Economia-e-Finanza%29/ (Accesso del 03/07/2023).

A. Farina, *Schelling: l'identità di Spirito e Natura*, in “Il barattolo delle idee”, 2016.
Articolo online disponibile al sito:
<https://www.ilbarattolodelleidee.org/2016/10/19/schelling/> (Accesso del 01/02/2023).

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, *Codice deontologia medica*, 2014 (con modifiche nel 2016, 2017 e 2020). Codice online, disponibile al sito: <https://www.omceo.bg.it/ordine/deontologia-e-normativa/il-codice-deontologico.html#:~:text=Doveri%20del%20medico%20sono%20la,o%20sociali%20nelle%20quali%20opera.> (Accesso del 20/07/2023).

P. Fontana e S. Sangalli, *Etica e morale/ Differenze, analogie, puntualizzazioni lessicali per una corretta analisi. Quale destino nel deserto del nichilismo?*, in “Iuris Prudentes”, 2015. Articolo online disponibile al sito:
<https://www.iurisprudentes.it/2015/09/09/etica-e-morale-differenze-analogie-puntualizzazioni-lessicali-per-una-corretta-analisi-quale-destino-nel-deserto-del-nichilismo/> (Accesso del 01/02/2023).

M. Galletti, *Autodeterminazione. Un punto di vista filosofico*, in “La rivista italiana di cure palliative” vol. 24, 2022. Articolo online disponibile al sito:
<https://www.ricp.it/archivio/3935/articoli/39192/> (Accesso del 17/07/2023).

G. Gullace, *Comunicazione medica e la relazione con il paziente*, in SISMED (Società italiana Scienze mediche), 2021. Articolo online disponibile al sito: <https://www.sismed-it.com/la-comunicazione-in-medicina-parte2/?print=print> (Accesso del 03/07/2023).

IFSW (*International Federation of Social Workers*), *Global Social Work Statement of Ethical Principle*, 2018. Codice online, disponibile al sito: <https://www.ifsw.org/global-social-work-statement-of-ethical-principles/> (Accesso del 20/07/2023).

IFSW (*International Federation of Social Workers*), *Global Definition of Social Work*, 2014. Definizione online, disponibile al sito: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/> (Accesso del 28/07/2023).

Ordine degli Assistenti Sociali, Consiglio nazionale, *Codice deontologico degli Assistenti sociali*, 1998. Codice online, disponibile al sito: https://moodle2.units.it/pluginfile.php/394834/mod_resource/content/1/Codice_comparato.pdf (Accesso del 08/06/2023).

Ordine degli Assistenti Sociali, Consiglio nazionale, *Codice deontologico dell'assistente sociale*, 2002. Codice online, disponibile al sito: https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/ifsw-cdn/assets/italy_codicedeontologico.pdf (Accesso del 12/06/2023).

Ordine degli Assistenti Sociali, Consiglio nazionale, *Codice deontologico dell'assistente sociale*, 2020. Codice online, disponibile al sito: <https://cnoas.org/wp-content/uploads/2020/03/Il-nuovo-codice-deontologico-dellassistente-sociale.pdf> (Accesso del 12/06/2023).

G. Quantica, *Platone: l'etica nella politica. Dialettica e pluralismo*, in "Osservatorio scientifico spirituale", 2020. Articolo online disponibile al sito: <https://www.pianetaindaco.it/platone-l-etica-nella-politica-dialettica-e-pluralismo/> (Accesso del 01/02/2023).

F. G. Reamer, *The evolution of Social Work Ethics: Bearing Witness*, in “Advances in Social Work” Vol. 15, 2014. Articolo online disponibile al sito: <https://advancesinsocialwork.iupui.edu/index.php/advancesinsocialwork/article/download/14637/16940/23766> (Accesso del 07/06/2023).

C. Stirati, *La legge morale kantiana*, in “Officina filosofica”, 2022. Articolo online disponibile al sito: <https://www.officinafilosofica.it/blog/critica-della-ragion-pratica-legge-morale/> (Accesso del 01/02/2023).

ULSS 3 Serenissima, *Regolamento del Comitato Etico per la Pratica clinica (Triennio 2020-2023)*, 2020. Regolamento disponibile online al sito: <https://www.aulss3.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridoc&iddoc=19752> (Accesso del 03/08/2023).

R. F. Tibaldeo, *Responsabilità*, in “Lessico di Etica Pubblica”, volume 1, 2012, pp. 183-199. Rivista disponibile online al sito: <http://www.eticapubblica.it/wp-content/uploads/2014/05/17.responsabilita-franzini.pdf> (Accesso del 10/10/2023).