
Pierpaolo Donati, Marilena Di Lollo,
Marco Giordano, Patrizia Russo

RIUMANIZZARE LE CURE



SOCIOLOGIA,
CAMBIAMENTO
E POLITICA SOCIALE

Collana diretta da
Pierpaolo Donati

FrancoAngeli 

Sociologia, cambiamento e politica sociale, collana diretta da Pierpaolo Donati

Comitato scientifico: Pete Alcock (Univ. Birmingham, Uk), Margaret S. Archer (EPFL, Losanna), Eliezer Ben-Rafael (Univ. Tel Aviv, Israele), Luigi Frudà (Univ. Sapienza Roma), Alain Caillé (Univ. Nanterre, Parigi), Ivo Colozzi (Univ. Bologna), Pierpaolo Donati (Univ. Bologna), Adalbert Evers (Univ. Justus-Liebig Giessen, Germania), Pablo García Ruiz (Univ. Saragozza, Spagna), Fabio Ferrucci (Univ. del Molise), Guido Gili (Univ. del Molise), Fabio Folgheraiter (Univ. Cattolica Milano), Michel Forsé (Cnrs, Parigi), Max Haller (Univ. Gratz, Austria), Jean-Claude Kaufmann (Univ. Sorbona, Parigi), Antonio Lucas (Univ. Complutense, Madrid), Andrea M. Maccarini (Univ. Padova), Gabriele Pollini (Univ. Trento), Douglas Porpora (Univ. Drexel Filadelfia, Usa), Riccardo Prandini (Univ. Bologna), Masamichi Sasaki (Univ. Tokyo, Giappone), Lester Salamon (Univ. Johns Hopkins, Baltimora, Usa), Ivan Svetlik (Univ. Lubiana, Slovenia), Gunther Teubner (Univ. Francoforte, Germania), Helmut Willke (Univ. Zepelin, Konstanz, Germania).

La collana si propone di approfondire e sviluppare tematiche, sia generali che specifiche, concernenti la sociologia come «scienza della società», nei suoi vari aspetti e dimensioni, in particolare per quanto riguarda le sue applicazioni al vasto campo delle politiche sociali. La politica sociale è qui intesa come «momento riflessivo» della sociologia in quanto sapere teorico-pratico.

Sia nelle società cosiddette avanzate o complesse, sia nelle società cosiddette in via di sviluppo o «diverse», gli orientamenti a costruire una «società del benessere a dimensione umana» comportano connessioni sempre più significative fra sociologia e politica sociale, e indicano una tendenza storica che è al centro degli interessi scientifici della collana. Le analisi, sia teoriche sia empiriche, così come i processi di formazione e apprendimento, dipendono ogni giorno di più da relazioni strette fra momento interpretativo della realtà sociale e azione-intervento sociale. Per questo, la collana dà particolare rilievo ad un modo di intendere e praticare la sociologia come sistema di osservazione-diagnosi-guida relazionale dei processi sociali.

La collana si concentrerà soprattutto sui processi di mutamento e di innovazione sociale. Nel porre particolare attenzione alle fenomenologie sociali emergenti, essa intende non solo fornire interpretazioni e spiegazioni dei fatti sociali, in una prospettiva che non dimentica la dimensione storica dei problemi, ma anche riflessioni su esperienze e orientamenti di carattere operativo, nella consapevolezza che la sociologia, nonostante tutte le crisi periodiche, viene assumendo una valenza sempre maggiore come sapere fondamentale per orientarsi nel mondo contemporaneo. Per rispondere alle esigenze conoscitive, operative e formative, la collana si articola in tre sezioni: 1. Opere generali, 2. Ricerche, 3. Manuali e testi didattici.

La collana prevede per ciascun testo la valutazione preventiva di almeno due referee anonimi.



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più:

<https://www.francoangeli.it/autori/21>

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Pierpaolo Donati, Marilena Di Lollo,
Marco Giordano, Patrizia Russo

RIUMANIZZARE LE CURE

FrancoAngeli 

Copyright © 2023 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Indice

Prefazione , di <i>Tonino Cantelmi</i>	pag.	9
1. La ri-umanizzazione delle cure nel sistema socio-sanitario , di <i>Pierpaolo Donati</i>	»	13
Introduzione	»	13
1. La pandemia ridefinisce le modalità della cura socio-sanitaria come problema relazionale	»	15
2. Comprendere le relazioni e saperle gestire	»	17
3. La cura come relazione sociale perché la salute è fatta di relazionalità sociale	»	21
3.1. La cura come relazione sociale	»	21
3.2. La salute come relazione sociale	»	23
4. L'uso dei robot: il caso degli anziani	»	26
5. Come riorganizzare il sistema sanitario dopo la pandemia	»	27
6. Umanizzazione delle cure e bioetica relazionale	»	30
2. Sviluppo organizzativo dei contesti di cura: il modello della <i>servant leadership</i> , di <i>Patrizia Russo</i>	»	34
1. Leadership, risorse umane, politiche	»	35
2. La <i>servant leadership</i> come strumento di attuazione dell'umanizzazione delle cure	»	38
3. Umanizzazione delle cure, sguardi riflessivi e valore della fragilità , di <i>Marco Giordano</i>	»	48
1. Sguardi profondi: comprendere i problemi per accompagnare i cambiamenti	»	48

2. Sguardi che valorizzano: dal deficit ai punti di forza	pag.	50
3. Sguardi che non giudicano: l'approccio anti-oppressivo	»	52
4. Sguardi resilienti: non tutto il male viene per nuocere	»	54
5. Sguardi contemplativi: liberarsi della cultura della performance	»	56
6. Sguardi di prossimità: «Chiamatemi per nome»	»	59
4. Dimensione relazionale delle cure: tra empatia e resilienza , di <i>Marilena Di Lollo</i>	»	62
1. Cura è ciò che scalda il cuore. La dimensione relazionale diventa fattore terapeutico	»	62
2. Empatia e dintorni	»	63
3. Lo sviluppo morale e sociale: traiettorie di attivazione dei processi empatici	»	68
4. Il processo resiliente, la riattivazione	»	70
Contributi di approfondimento		
1. Dalla medicina narrativa alla robotica di prossimità. Quando la cura è l'etica , di <i>Fabrizia Abbate</i>	»	75
1. Il tempo vissuto nella cura: la cartella parallela	»	76
2. Il patologico come modalità altra di esistere	»	80
3. Agire con cura: la robotica di prossimità	»	83
2. Qualità assistenziale e gestione dei servizi sociali , di <i>Genaro Izzo, Andrea di Fiore</i>	»	87
1. Il sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali	»	88
2. La sussidiarietà che cura	»	90
3. Una governance di prossimità: il Piano Sociale di Zona	»	93
4. Quali forme di gestione per un assetto efficace e di qualità	»	98
5. Gestione, qualità, umanizzazione	»	104
3. Umanizzazione delle cure e ruolo politico degli operatori sociosanitari , di <i>Massimo Corrado</i>	»	105
4. Qualità assistenziale e gestione dei servizi sanitari , di <i>Maria Michela Niro, Romeo Flocco</i>	»	114
1. Aspetti di gestione sanitaria correlati alla qualità assistenziale	»	118
2. Deontologia	»	127

3. Aziendalizzazione	pag.	129
Bibliografia	»	133
Gli autori	»	141

Prefazione

di Tonino Cantelmi**

Gli autori di questo volume denunciano in maniera dirompente l'importanza di lavorare in una sanità incentrata sulla cultura dell'accompagnamento della fragilità, cura intesa come “scienza della prossimità”, che ricerca una metodologia incentrata non solo sulla presa in carico della patologia, ma soprattutto sul progetto di vita del paziente. Questa nuova prospettiva si basa sull'assunto che la persona debba essere intesa, ancor prima della patologia, come portatrice di identità che si costruisce attraverso le relazioni sociali.

Negli ultimi anni, ci si sta avvicinando a una “ri-umanizzazione delle cure”, rimarcando l'importanza di una sanità non più incentrata sull'ospedalizzazione, ma su un'assistenza personalizzata e autenticamente integrativa, capace di sperimentare nuovi approcci per affrontare la sofferenza della persona nella sua complessità.

In questa ottica l'operatore sociosanitario diventa un *caregiver*, che attraverso l'esperienza relazionale, è in grado di gestire la condizione di bisogno e di dolore del paziente sintonizzandosi e prendendosene cura. Come scrisse Carl Rogers nel libro *A way of being*: “quando le persone si sentono comprese con sensibilità ed accuratezza esse sviluppano un insieme di atteggiamenti verso sé stesse che promuovono la crescita e sono terapeutici”. In questo nuovo significato, quindi, la relazione diventa di per sé fattore terapeutico.

La pandemia ci ha insegnato quanto la relazione sociale sia fondamentale per la salute fisica e psicologica, ha reso evidente la fragilità e ha fatto emergere la necessità di affrontare la sfida sanitaria in termini di solidarietà globale.

Tuttavia, in questa era tecnoliquida, l'uso sempre più crescente delle tecnologie tecnomedica le relazioni, creando una distanza profonda che rende

* Professore associato di Psicopatologia – Pontificia Università Gregoriana, Roma. Presidente Istituto di Terapia Cognitivo Interpersonale – ITCI, Roma.

sempre più difficile il raggiungimento di valori indispensabili alla relazione: responsabilità, rispetto, apprezzamento delle esperienze culturali, compassione, accettazione dell'alterità e ospitalità della diversità come ricchezza, fondamentali per una ri-umanizzazione delle cure. Secondo recenticerche, quando mettiamo consapevolmente al centro della vita motivazioni compassionevoli come l'accudimento, l'aiuto, l'incoraggiamento e il sostegno, queste hanno un impatto di vasta portata sul modo in cui ci relazioniamo con noi stessi, le altre persone e il mondo in cui viviamo.

La motivazione che spinge alla cura è soprattutto la compassione che è definita come processo cognitivo, affettivo e comportamentale costituito da 5 elementi che si riferiscono sia alla compassione verso gli altri, sia alla compassione verso sé stessi: 1) riconoscere la sofferenza; 2) comprendere l'universalità della sofferenza nell'esperienza umana; 3) provare empatia per la persona che soffre e connettersi con l'angoscia (risonanza emotiva); 4) tollerare i sentimenti spiacevoli suscitati in risposta alla persona sofferente, rimanendo così aperti e accettando la persona sofferente; 5) essere motivati ad agire per alleviare la sofferenza.

Se l'essenza della compassione è “una gentilezza di base”, citando il Dalai Lama, possiamo definirla come “essere sensibili alla propria e altrui sofferenza con un profondo impegno per cercare di prevenirla e alleviarla”.

In questa nuova visione del sistema sanitario, il volume pone l'accento sull'importanza della *servant leadership* come approccio fondamentale, strettamente connesso alla ri-umanizzazione delle cure, in grado di conciliare la formazione specialistica con le soft skill, quali saper ascoltare, provare empatia, avere capacità persuasive, essere consapevoli, riflessivi, ricettivi, attenti e compassionevoli, per offrire una cura nel rispetto del paziente e dei suoi familiari.

Nel modello della *servant leadership*, il management e la leadership sono delle variabili che vanno di pari passo, sono in grado di fungere da guida avvalendosi di un approccio sistemico. Il modello facilita l'incontro con il paziente, tiene conto del contesto prossimale della persona, permette di instaurare una relazione interpersonale profonda basata sull'accoglienza e volta all'incontro della fragilità e del dolore dell'altro. Il punto di partenza è l'esserci, che in ultima analisi richiama all'identità: “esserci, esserci-con, esserci-per”: questo permette di partire da un Io (l'esserci), per passare ad un Tu (l'esserci-con) e infine giungere ad un Noi (l'esserci-per).

In definitiva, di fronte alle incertezze valoriali dell'attuale società postmoderna il sistema sociosanitario ha ancor di più, il compito fondamentale di prendere in carico la persona nel complesso di vita e delle relazioni, diventando un'organizzazione che sappia lavorare in una rete di relazioni.

L'umanità comune consiste nel riconoscere che la condizione degli altri

non è separata dalla propria. La sofferenza è un denominatore comune dell'esperienza umana che consente agli individui, nonostante le loro differenze, di capirsi, relazionarsi e connettersi l'un l'altro.

L'auspicio, dunque, è riuscire a creare quello spazio di libertà, concesso dalla e nella sofferenza.

1. La ri-umanizzazione delle cure nel sistema sociosanitario

di Pierpaolo Donati

Introduzione

In questo contributo mi propongo di esplorare la prospettiva secondo cui l'umanizzazione delle cure passa attraverso una nuova relazionalità, sia per quanto riguarda l'interazione fra l'operatore sociale/sanitario e l'utente/paziente, sia per quanto riguarda l'organizzazione complessiva dei servizi sociali e sanitari. Questa prospettiva è giustificata dal fatto che sono le relazioni umane e sociali che 'costituiscono' la persona umana nella sua identità, sia come richiedente aiuto, sia come attore di una risposta. La cura è una qualità e causalità specifica di un setting fra il *caregiver* (formale o informale) e il *carereceiver*, i quali inscrivono la loro soggettività in un ordine interazionale e relazionale¹.

L'originalità della prospettiva relazionale consiste nel fatto di non essere centrata né sull'individuo come tale (sia dal lato dell'operatore sociale/sanitario, sia dal lato dell'utente/paziente), né sul sistema dei servizi in quanto apparato burocratico, ma sulla relazionalità delle persone e del contesto della cura. Le relazioni sono una realtà che tende ad avere una propria struttura di cura, la quale nasce dalle interazioni (eventi contingenti) ripetute nel tempo.

Questo approccio fa una scelta iniziale affermando che la cura non è solamente, nella sua essenza, una questione di buoni sentimenti e intenzioni degli individui, anche se questi sono necessari, né una questione di efficienza tecnica nella capacità di prestazione del sistema dei servizi, anche se questi aspetti sono ugualmente importanti. Intenzionalità dei soggetti e organizzazione dei servizi sono elementi necessari, ma non sufficienti a produrre una umanizzazione della cura, perché la cura è una qualità e proprietà causale

¹ Donati P., *Analisi e pratiche relazionali*. Goffman E., *Frame analysis e pratiche interattive*. È qui importante distinguere, pur mantenendoli assieme, l'ordine delle relazioni rispetto all'ordine delle interazioni.

delle relazioni del contesto in cui e attraverso cui si cerca di fare fronte ai bisogni di aiuto delle persone.

Alla base di questa prospettiva c'è un assunto ontologico ed epistemologico fondamentale, secondo il quale è la relazione che costituisce la persona (sia quella in stato di bisogno sia dell'operatore sociale/sanitario) attraverso l'esperienza relazionale della condizione di bisogno e del dolore, così come dell'impegno e della qualità relazionale dell'aiuto del *caregiver* in risposta al bisogno.

Questa prospettiva, sviluppata nelle ultime tre decadi con considerazioni teoriche e applicazioni di buone pratiche², è ancora lontana dall'essere diffusa. Tuttavia, diventa oggi, allo stesso tempo, una nuova sfida e un'impresa da reinventare in tempi di pandemia. Infatti, se umanizzare le cure significa prendersi cura dell'altro nella/con/attraverso la relazione, se vuol dire relazionarsi in modo empatico e disponibile all'Altro, è evidente a tutti che la pandemia ha messo in crisi le teorie e le pratiche tradizionali della cura, perché ha messo in crisi le relazioni fra la gente, fra gli operatori sanitari, fra operatori e utenti/pazienti, ospiti delle RSA, e così via.

La relazione è il fondamento della cura. Quest'ultima, nel senso più ampio del termine, cioè intesa non soltanto come cure (cioè prestazione sanitaria), ma soprattutto come *care* (*caring* sta per presa in carico della persona e non solo della malattia), dipende dalla relazione che l'operatore (sociale/sanitario) ha con la persona in stato di bisogno. La relazione è il fondamento perché la cura passa attraverso la relazione umana, che vuol dire azione reciproca tra l'operatore e la persona in stato di bisogno. Attenzione: prendersi cura dell'altro e prendersi cura della relazione con l'altro (e delle relazioni che l'altro ha con il mondo) non sono la stessa cosa. La pandemia ha rivelato proprio questo: si tratta di considerare non solo l'atto di curare come insieme di atteggiamenti, sentimenti e capacità di prestazione individuali, quanto piuttosto si tratta di curare le relazioni come tali, perché è nella relazionalità fra le persone in un dato contesto sociale che c'è lo stato di bisogno e la tensione verso il benessere.

Se è vero che la relazione è il fondamento delle cure, il problema che si pone è quello delle situazioni in cui le relazioni hanno un deficit. Ossia, quando la relazione è difficile o addirittura viene negata/cancellata come nei lockdown. In tali situazioni, che cosa succede alla cura? Apparentemente tutte le cure 'saltano' perché la relazionalità fra i soggetti viene meno e resa difficile, se non impedita del tutto. Siccome le situazioni di crisi pandemica

² Donati P., a cura di (1987), *Manuale di sociologia sanitaria*, La Nuova Italia Scientifica, Roma; Donati P., *Un nuovo modo di analizzare, valutare e implementare le buone pratiche nei servizi alla famiglia: il modello relazionale*, in Donati P., Prandini R. a cura di (2006), *Buone pratiche e servizi innovativi per la famiglia*, FrancoAngeli, Milano, pp. 546-567.

(o di altre emergenze) sono destinate a diventare una costante che durerà a lungo, dobbiamo porci una serie di domande sul futuro:

- come si fa a umanizzare le cure mediante pratiche relazionali se le relazioni diventano problematiche?
- che cosa succede alle relazioni umane quando le procedure di cura si affidano sempre di più alle strumentazioni tecnologiche che mediano l'interazione con i pazienti/utenti?
- come si fa a organizzare un servizio sanitario che ha bisogno di relazionali a tutti i livelli (micro, meso, macro) se gli operatori sono ridotti a fornire delle prestazioni funzionali prive di interazione umana?

Queste sono delle domande a cui cercherò di rispondere proponendovi la prospettiva secondo cui, per umanizzare le cure, si tratta comunque di saper vedere le relazioni (che sono una realtà a sé), apprendere a come trattarle, anche 'agendo a distanza' e attraverso ausili tecnologici.

Svilupperò i miei argomenti in 6 punti, con la seguente avvertenza. Mettere l'attenzione sulla relazione non significa diminuire l'importanza delle persone, dei loro sentimenti e atteggiamenti, ma significa focalizzare l'attenzione sulla relazione, perché è la relazione che esprime lo stato d'animo delle persone e la maniera appropriata di seguire le procedure umanizzandole. Si tratta, in altre parole, di passare da una visione personalista di stampo individuale (il personalismo che finora è stato centrato sull'individuo secondo la definizione di Boezio) a un personalismo centrato sulla relazione, perché la persona non si trascende nel singolo atto (prestazione), ma nella relazione. Nel singolo atto l'individuo resta sé stesso. È solo nella relazione che diventa buon sammaritano, senza che ciò significhi sminuire l'importanza dei buoni sentimenti, della generosità e dedizione personale.

1. La pandemia ridefinisce le modalità della cura socio-sanitaria come problema relazionale

La pandemia ci ha rivelato l'importanza delle relazioni sociali. Prima della pandemia davamo poca importanza alle relazioni, nel senso che le davamo per scontate. «Con la pandemia abbiamo imparato che le relazioni hanno una realtà propria, in qualche modo indipendente dalle intenzioni degli individui, e non possiamo più considerarle come una realtà a nostra disposizione»³. La dinamica dei contagi ci ha insegnato che la salute e la malattia dipendono dalle nostre relazioni. Possiamo avere delle buone intenzioni nell'agire in un

³ Donati P., *Pandemia: epifania delle relazioni e opportunità di trascendenza*, in Donati P. e Maspero G. (2021), *Dopo la pandemia. Rigenerare la società con le relazioni*, Città Nuova, Roma, pp. 9-70.

certo modo, ma la relazione che esce dalle nostre azioni può avere degli effetti diversi da quelli che ci aspettavamo.

Dire che la relazione esiste (nella lingua latina *'ex-sistere'* significa 'stare fuori', avere una propria autonomia rispetto ai termini della relazione, quindi fuori dalle persone che generano la relazione) comporta il fatto che la relazione abbia un suo ordine di realtà, cioè una sua consistenza. La relazione è generata dalle persone, che sono indispensabili, ma non consiste di persone, bensì consiste di riferimenti simbolici che diventano un legame fra le persone, cioè tra l'operatore e la persona in stato di bisogno. L'operatore sociale/sanitario deve saper riconoscere questa realtà, ossia deve saper vedere l'Altro nella relazione, con la relazione, attraverso la relazione.

Il crescente uso delle tecnologie rende più difficile questo compito, perché le cure sono sempre più affidate alle macchine e agli ausili tecnologici e sempre meno ai rapporti umani, come nel caso dell'uso dei robot per gli anziani non autosufficienti, di cui dirò più avanti.

La pandemia ha segnato una svolta nel senso che ci ha mostrato l'importanza delle relazioni mentre ancor oggi i servizi sociosanitari sono in genere orientati agli individui anziché alle loro relazioni. Tutto il nostro welfare è orientato agli individui, mentre abbiamo bisogno di avere dei servizi sociali e sanitari che siano orientati non all'individuo come tale ma alla rete sociale (famiglia e dintorni) in cui questo vive. Questo modo di pensare e agire è ancora poco praticato, come dimostra il fatto che, quando pensiamo a servizi per una comunità locale, non prestiamo molta attenzione alle relazioni che essa contiene, bensì ci riferiamo agli individui, quanti sono, chi sono, cosa fanno, in che condizioni materiali vivono, e così via, il che indica una carenza di cultura delle relazioni.

I problemi sociali sono generati da sistemi relazionali che generano patologie diffuse, e, dunque, per dare risposta ai problemi sociali, i servizi devono modificare le strutture sociali da cui dipendono le reti di relazioni problematiche.

Le catastrofi (la pandemia, l'impoverimento della popolazione, i disastri ambientali, ecc.) sono il prodotto di sistemi relazionali che alimentano i fattori che provocano la catastrofe. Cioè, proprio perché le relazioni sono lasciate a sé stesse e non sono regolate in modo da renderle competenti e mature, si genera un andamento esponenziale della diffusione del virus o di un'altra patologia (incluse le condizioni di povertà) che genera una catastrofe. Per modificare questa situazione, bisogna imparare a gestire bene le relazioni fra le persone se vogliamo limitare la diffusione del male sociale. La regolazione delle relazioni va fatta subito dopo l'inizio del fenomeno patologico, per portare la curva esponenziale di diffusione di una patologia (virus, povertà, emarginazione) a diventare piatta e infine a ridursi al minimo.

Questo obiettivo impone di organizzare il sistema sociosanitario a livello territoriale nella direzione di un welfare di comunità che renda resiliente la comunità, cioè la renda capace di attivare i meccanismi relazionali che fermano la diffusione degli elementi critici (come sono i virus, i danni ambientali, le sacche di povertà, le migrazioni incontrollate, ecc.). La resilienza è il frutto della riflessività delle reti sociali di una comunità, che rendono relazionali i meccanismi di contrasto alle patologie collettive.

Cosa sono i meccanismi relazionali? Che tipo di comunità generano affinché gli operatori possano umanizzare le persone umanizzando la comunità? Per esempio. Il coronavirus prospera sugli attaccamenti fra le persone che, volendo stare “attaccate” fra di loro, non riflettono su come avere le relazioni ‘giuste’. Le relazioni devono diventare riflessive, solo così possiamo evitare la pandemia. Nei casi dei fenomeni di isolamento, solitudine, marginalizzazione delle persone, c’è ugualmente un problema di regolazione delle relazioni, ovviamente in senso contrario, in quanto si tratta, al contrario, di rafforzare i legami sociali.

I meccanismi relazionali sono quelli che applicano la riflessività personale e relazionale alle reti sociali per aumentarne la capacità di generare benessere anziché attivare relazioni abitudinarie, ripetitive, puramente di ruolo. Dobbiamo distinguere la riflessività personale e la riflessività relazionale⁴: la riflessività personale è quella che ogni operatore ha dentro di sé, nella propria conversazione interiore (ad esempio, quando pensa: “io cosa devo fare?” “come posso fare al meglio questa prestazione?”), mentre la riflessività relazionale è rivolta all’esterno, è la riflessività operata sulla relazione (mi domando: “questa relazione è appropriata?”).

2. Comprendere le relazioni e saperle gestire

Come ho già detto, la pandemia ha rivelato l’esistenza delle relazioni che ‘stanno fuori’ rispetto alle persone che le generano, sono un altro mondo. La domanda da porsi è: che cosa sono le relazioni?

Non sono né una proiezione dell’Io, né il prodotto di strutture sociali che ci sovrastano, perché sono create dagli stessi soggetti, anche se influenzati dalle strutture esistenti. Sono un’altra realtà, molto complessa, possiamo comprendere analizzando le sue componenti, che sono principalmente tre.

- La relazione come riferimento simbolico. La relazione è un riferimento simbolico (“io mi riferisco a...”, generalmente un’altra persona), sulla base di un motivo psicologico. Per esempio, l’operatore x si riferisce a Mario che è a letto con il Covid-19 per vedere se necessita di essere

⁴ Donati P. (2011), *Sociologia della riflessività*, Il Mulino, Bologna.

intubato. Questo significato viene dal latino “*refero*” che significa riferire qualcosa (intubarlo o no) a qualcuno (Mario).

- La relazione come legame o vincolo strutturale. Nel riferirsi l’uno all’altro (per es. l’operatore e Mario, in generale Ego e Alter) essi interagiscono creando un legame (“*religo*”) fra di loro, che si colloca entro il contesto di vincoli della struttura sociale in cui Ego e Alter si trovano⁵. Nel riferirsi al paziente, l’operatore tiene conto del fatto che agisce entro i vincoli del contesto organizzativo del sistema sanitario che gli affida il compito di prendersene cura in modo professionale (formale). Tuttavia, nel rapporto interpersonale, si crea anche un legame umano specifico fra l’operatore e il paziente. Spesso, vediamo le relazioni come vincoli del sistema, ma assai poco il legame (bond) che si crea a prescindere dalla struttura in cui operiamo.
- La relazione come effetto emergente. Nelle interazioni reciproche, i riferimenti psicologico-simbolici e il legame che si va formando si combinano fra di loro generando una relazione vera e propria tra le persone, cioè una relazione istituita fra le persone che è allo stesso tempo un riferimento e un legame reciproco dotato di una consistenza e un’energia propria.

Molti confondono le relazioni con le semplici interazioni. Dal mio punto di vista, invece, le relazioni sono il prodotto dei processi attraverso cui le interazioni Ego-Alter, partendo da un contesto dato, costruiscono una nuova rete sociale. L’interazione è un evento, e solo se gli eventi si rigenerano nel tempo in modo sensato si crea una relazione in senso stretto, cioè intesa come struttura sociale (ad es. una relazione di cura come struttura di servizio), nuova rispetto al contesto di partenza.

Come sono cambiate le relazioni in tempo di pandemia? La pandemia ha privatizzato e disturbato le relazioni facendole diventare impersonali e di ruolo (riferite a categorie sociali, come ‘gli operatori’, i ‘malati di Covid’, ecc.), anziché interpersonali, provocando una forte de-umanizzazione delle relazioni.

È evidente che, se vogliamo umanizzare, dobbiamo da un lato evitare la privatizzazione delle relazioni e dall’altro accentuare le relazioni interpersonali rispetto a quelle di ruolo. La relazione nasce dal fatto che fra Ego e Alter si verificano continue azioni e reazioni nel tempo, e dunque nasce perché c’è una certa reciprocità, che è indubbiamente asimmetrica, ma che comunque esiste anche quando la persona in stato di bisogno non è perfettamente consapevole di sé stessa e della situazione. Per instaurare una relazione appro-

⁵ Sui termini ‘refero’ e ‘religo’ e il loro modo di operare che crea la relazione vera e propria, si veda: Donati P. (2021), *Lo sguardo relazionale. Saggio sul punto cieco delle scienze sociali*, Meltemi, Milano.

priata, l'operatore deve riflettere non solo su quello che individualmente pensa di dover fare, ma anche su quello che l'Altro gli sta chiedendo di fare nella relazione e attraverso la relazione.

Questa considerazione è importante per distinguere la distanza fisica da quella sociale, di cui le persone spesso non percepiscono la differenza: infatti, la distanza fisica è quantitativa, mentre la distanza sociale è qualitativa e relazionale.

Quello che voglio sottolineare è il fatto che la distanza fisica dipende da quella sociale, nel senso che, se Ego ha coscienza della relazione e agisce nella relazione, allora può prendere la distanza fisica giusta, altrimenti la distanza fisica andrà per conto suo.

Un'altra distinzione che la pandemia ci ha mostrato essere basilare è quella fra le relazioni di ruolo formali e le relazioni intersoggettive.

La pandemia ha provocato una riduzione della relazione intersoggettiva a quella di puro ruolo, la qual cosa ha avuto (e avrà) conseguenze rilevanti nel modo di prendersi cura dei malati. A causa della necessità di evitare il contagio, la relazione faccia-a-faccia (Io-Tu) che abbiamo quando ci incontriamo fisicamente con una persona è stata ridotta a quella di ruolo fra l'operatore e l'utente come categorie impersonali (l'operatore e il malato). La riduzione dell'Io-Tu al rapporto operatore-utente ci è stata imposta dalla pandemia perché non potevamo avere una vicinanza fisica informale come in precedenza. Umanizzare la cura significa allora rendersi più consapevoli di quando facciamo ricorso ad una relazione di ruolo (formale) rispetto ad una relazione intersoggettiva (informale) che è quella attesa dal malato/utente. La cura (*care*) richiede l'intersoggettività, non richiede necessariamente un attacco fisico in senso stretto, è piuttosto una questione del modo di gestire la relazione, come dirò più oltre.

«La grande sfida nel lungo periodo è quella di saper gestire le relazioni che fanno la nostra identità»⁶. La nostra identità dipende dalle relazioni che abbiamo, ed è costituita da queste relazioni. Per questo motivo, la crisi delle relazioni è crisi della nostra identità.

La ri-costruzione dell'identità della persona malata o in stato di bisogno, nel contesto della cura e delle relazioni di aiuto, è anche ri-costruzione dell'identità di chi cura (*carer*). Accade perché, in ogni relazione, c'è sempre una certa reciprocità: nel relazionarsi ad Alter, Ego sperimenta l'azione di Alter su sé stesso, e questo impone a Ego di ri-relazionarsi a sé stesso (deve re-agire su sé stesso per stare in relazione – ossia reciprocare – con Alter).

Le relazioni hanno un compito educativo e creativo se ci rendiamo conto che il dolore, oltre che essere oggetto di una comunicazione del malato ('sto

⁶ Donati P., *Lo sguardo relazionale*, cit., pp. 57-61.

male’), è l’origine di ogni altro domandare (tutte le domande in stato di bisogno sono richieste di relazioni). Nella relazione di aiuto c’è una dimensione pedagogica perché la richiesta di aiuto, se vissuta come relazione, ci insegna ad aiutare gli altri ma anche noi stessi.

Per questo motivo, la cura è tanto più umanizzante quanto più la relazione è agita da soggetti relazionali, cioè soggetti etici capaci di guidare anziché subire le relazioni con gli altri e con il mondo. Come ha scritto Luigina Mortari, «L’essere umano ha il compito di dare forma al tempo della sua vita. È allora vitale prendersi cura di sé per realizzare l’intima unità tra la vita e il pensiero. Ma la cura di sé non basta. Siamo esseri relazionali e abbiamo necessità di apprendere ad aver cura degli altri. Nell’agire con cura verso gli altri giocano un ruolo fondamentale l’empatia e l’attenzione. Per la sua tensione verso l’altro l’attenzione è la prima forma di cura, un gesto etico»⁷.

I meccanismi relazionali, cioè i meccanismi che impediscono la diffusione delle malattie, stanno nei meccanismi di *empowerment*, ossia nella possibilità che l’operatore possa dare potere, capacitazione, alla persona in stato di bisogno. La riflessività relazionale sta nei meccanismi di *partnership*, di *enabling partnership*, cioè la capacità di farsi partner che abilita la persona bisognosa a fare ciò che deve fare.

Il welfare di comunità che qui vi propongo richiede dei servizi che generano l’inclusione sociale subordinando gli interventi non relazionali a quelli relazionali.

I servizi relazionali sono quelli che richiedono un impegno relazionale fra le persone (ad es. la gestione di una RSA), mentre i servizi non relazionali sono quelli burocratici automatici che non richiedono un coinvolgimento relazionale (ad es. i vari tipi di bonus, il reddito di cittadinanza, ecc.). Dire che l’umanizzazione delle cure passa attraverso i servizi relazionali, significa mettere l’accento sul fatto che bisogna dare una priorità ai servizi relazionali rispetto a quelli non relazionali perché solo i primi includono veramente le persone dal punto di vista del tessuto sociale. Occorre uno “sguardo relazionale” per diventare dei “soggetti relazionali”⁸. Gli operatori devono diventare dei soggetti relazionali nel senso che devono essere capaci di gestire le relazioni perché solo attraverso di esse si umanizzano le persone. Dare il Reddito di Cittadinanza o un bonus monetario per i figli è importante dal punto di vista materiale, ma non risolve il problema della povertà relazionale da cui deriva quella materiale, oltre a poter essere dato tramite un sistema informatico impersonale. Invece le persone umane hanno bisogno di relazionalità,

⁷ Mortari L. (2006), *La pratica dell’aver cura*, Bruno Mondadori, Milano.

⁸ Donati P. (2021), *Lo sguardo relazionale. Saggio sul punto cieco delle scienze sociali*, Meltemi, Milano.

cioè di essere oggetto di uno sguardo che sa vedere gli altri attraverso la relazione, guardare gli altri con e nella relazione perché prendersi cura vuol dire relazionarsi inter-personalmente.

3. La cura come relazione sociale perché la salute è fatta di relazionalità sociale

3.1. La cura come relazione sociale

La cura è un servizio relazionale in quanto mira a creare dei beni relazionali fra il *caregiver* e il *carereceiver*, e poi nella comunità intorno. È necessario vedere la salute come un bene relazionale, un bene che si condivide relazionalmente. La pandemia ce lo ha insegnato molto bene, perché le persone sono in salute nella misura in cui possono godere di beni relazionali che sono prodotti e fruiti da loro stessi con gli altri significativi.

Cos'è un bene relazionale? Sono quelle entità immateriali (*intangible goods*) che consistono delle relazioni sociali ed emergono da soggetti riflessivamente orientati a produrre e godere assieme un bene che essi non potrebbero ottenere altrimenti (cioè con altri tipi di relazioni, né tantomeno individualmente)⁹.

I beni relazionali sono beni comuni alla rete di persone che li produce quindi non sono né beni pubblici né privati, ma sono i beni condivisi dalle persone che fanno rete.

Anche la cura entra in questa definizione di bene relazionale, così come la salute.

Avere cura è una modalità della relazione con l'altro. Come dice Heidegger, «l'aver cura è un modo di esserci con l'altro che non risponde alla logica del dovere ma trova ragione generativa nel sentirsi necessitati dall'altro; si avverte una necessità nell'altro che ci chiama in campo in prima persona»¹⁰.

Quindi, l'aver cura è una pratica del vivere-bene motivata dall'interesse che ognuno di noi ha di stare in un ambiente dove si sia reciprocamente conosciuti, accolti, ascoltati, sostenuti.

L'aver cura nasce certamente dai buoni sentimenti e dalle buone intenzioni, ma deve misurarsi con la qualità della relazione che ne scaturisce. “Ci sono amori che uccidono”, recita un detto, il che vuol dire che non basta amare, ma occorre vedere che relazione risulta dai nostri sentimenti.

⁹ Donati P. (2019), *Scoprire i beni relazionali. Per generare una nuova socialità*, Rubbettino, Soveria Mannelli.

¹⁰ Heidegger M. (1995), *Lettera sull'“umanismo”*, Milano, Adelphi.

Ci sono due modi per accostare una persona che ci parla:

- pensarla di fronte a noi: essa ci parla di sé, e nulla di più;
- pensarla in relazione a noi: essa ci dice qualcosa di più, parla anche di noi, e addita una realtà terza, la relazione come terzo incluso¹¹, in cui giace la realtà del prendersi cura.

Curare l'altro vuol dire anche curare sé stessi. In questo senso la cura è una relazione che ci dà l'identità. La ri-costruzione dell'identità della persona malata o in stato di bisogno nel contesto della cura e delle relazioni di aiuto, è anche ri-costruzione dell'identità di chi cura (*carer*). Quando l'operatore vuole ricostituire l'identità della persona d'assistere, nello stesso tempo se lo fa bene, ricostruisce anche la propria identità e questo accade perché in ogni relazione c'è reciprocità fra l'operatore e la persona in stato di bisogno. Nel relazionarsi ad Alter, Ego sperimenta l'azione di Alter su sé stesso, e questo impone a Ego di ri-relazionarsi a sé stesso (deve reagire su sé stesso per stare in relazione – ossia reciprocare – con Alter). Nell'umanizzazione delle cure, è molto importante capire questa reciprocità fra l'operatore e la persona da assistere.

Come si realizza l'avere cura dell'altro? È necessario mettere in atto diversi atteggiamenti. Innanzitutto, la ricettività, cioè lasciare che l'altro ci interpellì, il far posto all'altro, accettando anche una certa forma di passività accogliente ed attiva, modalità di presenza non intrusiva, discreta, che sa attendere, che non pretende in modo forzato, offrendo sé stesso più che voler costringere l'Altro. Poi, un atteggiamento di attenzione sensibile e non soltanto intellettuale, di ascolto volto a comprendere l'esperienza che l'Altro attiva per collocarsi nel mondo E ancora, un atteggiamento di riflessività, di sensibilità, perché il prendersi cura è sempre emotivamente connotato. È un modo d'essere che si manifesta come responsività, cioè il saper rispondere in modo adeguato agli appelli che provengono dall'altro, l'essere solleciti. Poi, è opportuna una disponibilità cognitiva ed emotiva, ovvero il mettere a disposizione le proprie capacità di comprensione ed elaborazione, come anche la propria capacità di esprimere emozioni nella relazione con l'Altro, così realizzando un pensare emotivamente denso o, in altre parole, un sentire intelligente. In questo modo ci si dispone all'empatia che, come dice Edith Stein¹², supera la scissione tra razionalità ed emotività.

Insisto sul distinguere fra la riflessività personale (la cura intesa prima di tutto come una cura della mente, cioè del proprio pensare e del proprio sentire) e la riflessività relazionale (riflettere sulla relazione: che relazione voglio con la persona da prendere in carico?).

¹¹ Donati P. (2022), *Il Terzo (incluso) visto dalla sociologia relazionale*, Sophia, 1.

¹² Masera G. (2007), *L'empatia in Edith Stein: la giusta distanza per essere accanto all'altro*, I luoghi della cura, 5(3), pp. 27-29.

Solo riflettendo su di sé è possibile trovare il senso dell'esperienza, la verità di quel che si fa, trovare il significato del proprio agire, così da ordinare il proprio operare secondo un criterio di senso. Ma il senso del riflettere in sé stessi ce lo dà la riflessività sulla relazione con l'Altro. Come scrive Masini, «occorre trasformare le emozioni (passioni, stati d'animo) in sentimenti (riflessivi), cioè disposizioni consapevoli, mature»¹³. Per realizzare questa trasformazione è necessario, come ho già detto, rendersi conto che prendersi cura dell'altro e prendersi cura della relazione con l'altro (e delle relazioni che l'Altro ha con il mondo) non sono la stessa cosa. Non si deve considerare la 'relazione di cura' (ossia l'atto di curare) in quanto insieme di atteggiamenti individuali, ma prendersi cura della relazione perché è nella relazione che troviamo la salute o la malattia.

3.2. *La salute come relazione sociale*

L'idea secondo cui la salute consiste in una buona relazionalità sociale, mi serve per indicare i grandi limiti della definizione di salute che è stata proposta dall'OMS, la quale recita così: "la salute è un completo senso di benessere psico-fisico individuale". Questa definizione manca totalmente di relazionalità. Per contro, la salute è essenzialmente poter godere di una relazione significativa con gli altri e con il mondo (godere di beni relazionali)¹⁴.

Mi limito qui a citare due modelli che ci fanno comprendere il senso della prospettiva che propongo.

(I) *Il CARE model*¹⁵, che basa la relazione di cura su quattro principi: *connecting, understanding, ensuring, strengthening*, cioè connessione, comprensione, rassicurazione, rafforzamento della relazione. Il nocciolo di questo modello sta nel dare rassicurazioni sulla situazione e assicurare la continuità della relazione che dà fiducia. Per non dilungarmi oltre, lo riassumo nella Tabella 1.

(II) Il modello relazionale nei servizi per la salute¹⁶, che definisce la salute/malattia come un fatto relazionale e perciò mantiene la prospettiva del-

¹³ Masini M. (2009), *Dalle emozioni ai sentimenti. Manuale di artigianato educativo e di counselling relazionale*, Nuova edizione, Edizioni Prepos, Lucca.

¹⁴ Donati P. a cura di (1983), *La sociologia sanitaria. Dalla sociologia della medicina alla sociologia della salute*, FrancoAngeli, Milano.

¹⁵ Wilken J. P. (2021), *The CARE model. The relationship as the heart of good care*, *Relational Social Work*, 5(1), pp. 34-47.

¹⁶ Donati P. a cura di (1983), *La sociologia sanitaria. Dalla sociologia della medicina alla sociologia della salute*, FrancoAngeli, Milano.

l'intero. Lo sintetizzo nella tabella 2. La cura è qui intesa come presa in carico della persona nel complesso della sua condizione umana, e quindi nel complesso delle relazioni che ha nel suo mondo vitale (*Lebenswelt*). Rispetto alla medicina tradizionale, questo modello introduce la soggettività (sia del medico sia del paziente), nella definizione della malattia e della cura come determinanti per lo svolgimento della relazione curativa, che porta a considerare la salute come ben-essere di una relazione sana e dotata di senso con gli altri e con il mondo. Le caratteristiche del paziente, o comunque della persona in condizione di bisogno, non sono considerate deviazioni, ma qualità. La patologia va pensata come esperienza esistenziale. In questo modello, la medicina è considerata come un sottosistema strumentale nei confronti del sistema più generale delle cure (offre mezzi e risorse mediche per la salute), e lo è – appunto – dentro un sistema di integrazione sociale più complesso che ha come scopo la condizione di salute delle persone e della popolazione come suo proprio e infungibile obiettivo. In tale sistema più generale, la medicina ha il ruolo di risorsa e mezzo (A) che deve operare accanto e assieme al contesto sociale di aiuti relazionali al paziente (I), e rimanda – sotto il profilo culturale – all'etica della cura (L), che legittima il concreto obiettivo delle pratiche curative che devono essere perseguite per raggiungere la condizione di salute (G)¹⁷. Il valore-salute circola in tutto il sistema, e per tale ragione i criteri di valutazione che incorpora rimandano agli apporti che ciascuna componente può dare. L'approccio relazionale non chiede al medico di essere un esperto di relazioni sociali. Gli chiede solo di tenere conto, collaborando con altri servizi (ospedalieri, territoriali, domiciliari, farmaceutici o altro), del fatto che la sua azione si iscrive in un sistema di relazioni su cui incide necessariamente, nel bene e nel male, contribuendo a determinare i processi di salute/malattia. L'esito non è una conseguenza necessaria delle intenzioni, perché da sole le intenzioni non fanno la realtà sociale, la quale è un effetto emergente di proprietà relazionali.

Il modello relazionale opta per l'integrazione fra medicina, etica della salute e azioni di aiuto al sofferente per raggiungere l'obiettivo di una condizione di salute che è ovviamente processuale, dinamica e multidimensionale (fisico-organica, psicologica, sociale, spirituale).

¹⁷ Donati P., *La medicina vista dalla sociologia relazionale*, Difesa Sociale, Istituto Italiano di Medicina Sociale, vol. LXXXII, 3, maggio-giugno 2003, pp. 7-31.

Tab. 1 – Il CaRe model della cura

FASI	ATTIVITÀ dell'operatore
1. Connessione (stabilire una relazione esclusivamente mantenerla)	<ul style="list-style-type: none"> • L'atto centrale di connessione è incentrato sull'instaurare e costruire una relazione il più possibile paritaria con l'utente del servizio e gli 'altri significativi' nella sua rete sociale. Ciò implica, tra le altre cose, favorire la fiducia reciproca e offrire un senso di riconoscimento. • Lavoriamo secondo i principi della cura basata sulla relazione e adottiamo uno stile di comunicazione efficace, tenendo in debito conto le norme culturali di interazione e competenza linguistica. Ci sforziamo di connetterci a ciò che l'utente del servizio indica come importante per lui o lei.
2. Raccogliere informazioni (per poter comprendere la condizione di bisogno)	<ul style="list-style-type: none"> • Durante ogni fase consecutiva, prestiamo continuamente attenzione a mantenere o migliorare la relazione. • La comprensione dell'atto fondamentale è incentrata sull'acquisizione della migliore comprensione possibile della prospettiva dell'utente del servizio. Cosa trova veramente importante? Cosa c'è in gioco per lui o per lei? • Si tratta di conoscere l'utente del servizio e il suo contesto, ad es. la storia di vita dell'individuo, la situazione attuale, il social network e le questioni che sta affrontando.
3. Determinare gli obiettivi (concentrandosi sull'assicurare e rafforzare)	<ul style="list-style-type: none"> • Esaminiamo le esperienze, le capacità e i vincoli, gli «obiettivi di vita», le ambizioni, le preferenze personali, le risorse, il supporto desiderato, i bisogni di supporto (nella vita pertinente e nei domini personali). Prendiamo in considerazione anche fattori contestuali (come la qualità delle risorse sociali e materiale e i requisiti legali). L'utente viene supportato nell'esprimere i suoi desideri come obiettivi da raggiungere. Questi obiettivi possono essere focalizzati sull'esplorazione, la scelta, l'ottenimento o il mantenimento di una situazione desiderata. • Se l'utente del servizio non è, o non è ancora, in grado di fissare un obiettivo, come professionista puoi formulare un obiettivo di supporto in linea con il processo di recupero e le esigenze dell'utente del servizio.
4. Redigere un piano (concentrandosi sull'assicurare e rafforzare)	<ul style="list-style-type: none"> • Un obiettivo prefissato funge da linea guida per la creazione di un piano. Le informazioni raccolte sono necessarie come input per questa attività. • Nel contesto degli obiettivi prefissati, durante l'atto fondamentale di garanzia ti concentri principalmente su attività che riguardano la vulnerabilità, mentre durante l'atto di base di rafforzamento ti concentri principalmente su attività che contribuiscono alle capacità personali dell'individuo e alla qualità di un ambiente. • Aiuti l'utente del servizio a elaborare un piano (un piano di recupero personale, ad esempio) o a elaborare un piano di supporto personale come professionista. • Per scegliere le migliori attività possibili, è possibile elaborare una serie di opzioni con l'utente del servizio, mappare i rispettivi vantaggi e svantaggi e successivamente scegliere l'opzione migliore.
5. Eseguire il piano (incentrato sulla rassicurazione e potenziamento delle capacità del paziente)	<ul style="list-style-type: none"> • Metti in pratica il piano: intraprendi attività. Le attività sono incentrate sull'affrontare la vulnerabilità (<i>ensuring</i>) e rafforzare le capacità individuali dell'utente del servizio e della sua rete (<i>strengthening</i>), guidate dagli obiettivi prefissati. • Questa fase ruota intorno a un processo di apprendimento continuo e dinamico. Gli obiettivi e le attività possono essere adattati in risposta alle esperienze
6. Apprendere, valutare e adattare	

Fonte: libero adattamento da J. P. Wilken, *The CARE model*, cit.

Tab. 2 – Il modello relazionale della cura

<i>Definire la medicina relazionale: per non desertificare l'umano</i>	
Come nasce:	<ul style="list-style-type: none"> • La medicina relazionale nasce dal tracciare la distinzione fra chi valorizza le relazioni umane (e opera attraverso la <i>re-entry</i> della distinzione umano/nonumano) e chi esclude o neutralizza la relazione umana (come fanno le medicine non-relazionali, per es. puramente farmacologiche)
Si basa su tre assunti fondamentali:	<ul style="list-style-type: none"> • Definisce la salute/malattia come fatto relazionale (relazione sociale) e perciò mantiene la prospettiva dell'intero • Introduce la soggettività (sia del medico sia del paziente) nella definizione della malattia e della cura (si prende cura della intersoggettività) in vista di generare un bene relazionale • Le differenze nelle caratteristiche del paziente non sono considerate deviazioni, ma qualità

I due modelli appena accennati (I, II) hanno ricevuto conferma della loro validità in tantissime indagini sul campo. In particolare, vorrei ricordare la ricerca di Gavin, Evans e McAlister¹⁸ circa l'importanza di considerare il contesto curativo, la sua costituzione relazionale e i modi di fornire prestazioni in un ambiente orientato ad una medicina olistica, ossia comprensiva. Questi autori rilevano quanto sia importante considerare il fatto che la cura implica percepire la mediazione che l'esperienza dell'ambiente in cui si svolge esercita sul paziente così come sugli operatori e per questo considerano la salute come prodotto dell'attore-rete e dell'affetto che gioca nella cura. L'attore-rete è un insieme (assemblaggio) di esseri umani, oggetti e idee – alcuni visualizzati, altri fisici, ciascuno dei quali fornisce relazionalità ad altri luoghi – che, in quanto coinvolgono particolari relazionalità nell'ambiente, creano 'vibrazioni' (*vibes*) ambientali che rendono possibili la ricerca di nuove relazioni di cura. Si tratta di mettere in rilievo l'importanza delle 'vibrazioni relazionali' che un luogo di cura può offrire rispetto a un altro.

4. L'uso dei robot: il caso degli anziani

Personalmente, sono stato abbastanza affascinato dall'uso dei robot nel prendersi cura delle persone anziane non-autosufficienti sia in campo sanitario sia in campo sociale. Dalle ricerche che ho attenzionato, è emerso quest'aspetto: l'anziano, dopo una certa meraviglia di trovarsi di fronte a questa macchina, apprezza molto il robot, ma poi rimane desolatamente sconsolato perché sente che nell'altro non c'è umanità. L'anziano ha bisogno di umanità nella relazionalità con la persona.

Questo mi ha portato a ritenere che la tecnologia sia una mediazione importante ma essenzialmente strumentale, che non può sostituire la relazio-

¹⁸ Gavin J. A., Evans J., McAlister S. (2013), *Creating the right therapy vibe: Relational performances in holistic medicine*, Social Science & Medicine, 83, pp. 99-109.

nalità umana. Il robot sembra amico della persona, ma non è un amico, è sempre una macchina. Nelle scienze odierne, sia sociali sia sanitarie, moltissimo sostengono la relazione tra umani e i robot non sia diversa dalla relazione tra persone umane. Ma io non la penso così¹⁹. Le relazioni fra umani e quelle fra robot e umani sono diverse, semplicemente perché il robot segue le istruzioni degli algoritmi che gli sono stati dati e non può relazionarsi come fanno gli esseri umani. L'operatore deve saper distinguere ciò che queste diverse relazioni possono produrre. La diversità delle relazioni sta nella loro qualità e negli effetti che generano. Occorre fare attenzione a queste diverse realtà.

Le ricerche empiriche ci mettono di fronte al fatto che l'anziano ha un rapporto ambivalente con il robot²⁰. Da un lato, l'anziano non autosufficiente afferma: «sì, il robot mi aiuta molto, mi ricorda quando devo prendere le medicine, mi aiuta a fare il caffè, mi aiuta ad alzarmi, ad andare a riposare e così via». Dall'altro, dice: «però non mi sento trattato come una persona umana». Il fatto è che gli anziani affidati al robot si sentono menomati nella loro dignità, perché il robot non dà loro quella relazionalità che è umana e solo umana. L'umano è nella relazionalità. E tale deve essere la cura, dell'anziano in particolare.

5. Come riorganizzare il sistema sanitario dopo la pandemia

È importante capire che le relazioni di cura vengono in genere osservate utilizzando approcci metodologici diversi, che sono:

- approcci centrati sull'individuo (individualismo metodologico): le relazioni vengono viste come espressione dei sentimenti, motivazioni interiori delle persone (psicologia della compassione, flessibilità psicologica, accettazione dell'altro, impegno per l'altro, ecc.); le relazioni sono viste come decisioni individuali che scaturiscono dalla conversazione interiore degli individui;
- approcci centrati sul sistema organizzativo (olismo metodologico): le relazioni sono spiegate a partire dalla struttura organizzativa; si pensa che le relazioni siano così perché ce le impone il modo in cui è organizzata una struttura, il sistema dei servizi, la situazione;
- approcci centrati sulla relazione come tale (metodologia relazionale): la relazione dipende sia dagli agenti individuali sia dalla struttura sociale e culturale, ma hanno una loro dinamica che va oltre le intenzioni degli

¹⁹ Donati P., *Relazioni fra umani e relazioni fra umani e robot: il caso dell'assistenza agli anziani*, in Donati P., a cura di (2022), *La teoria relazionale nelle scienze sociali: sviluppi e prospettive*, Il Mulino, Bologna, pp. 313-346.

²⁰ Sharkey A. (2014), *Robots and human dignity: A consideration of the effects of robot care on the dignity of older people*, *Ethics and Information Technology*, 16(1), pp. 63-75.

individui e dei vincoli organizzativi; possiamo gestirle solo se le vediamo con lo sguardo relazionale e se le trattiamo con una metodologia di intervento relazionale.

La mia idea è che il nostro sistema sanitario debba diventare un'organizzazione relazionale, cioè sappia lavorare in rete, una rete fatta di relazioni non solo di nodi connessi. Parlo di un welfare relazionale perché è fatto di servizi relazionali che guardano alla qualità e alle proprietà causali delle relazioni. Questo vale anche nel rapporto ospedale-territorio. Durante la pandemia, la centralità degli interventi è stata data all'ospedale, rendendo periferico il territorio. Ma un sistema sanitario non può umanizzare le cure con la semplice ospedalizzazione, e comunque accentuando la centralità dell'ospedale. Per avere un sistema di cure territoriali bisogna passare alla *community care*, ovvero, alla cura di comunità da parte della comunità. Solo a livello di comunità è possibile integrare l'assistenza sanitaria e quella sociale.

Il sistema sanitario italiano, dopo l'istituzione del SSN con la legge 833 del 1978, non è riuscito a integrare sanitario e sociale, e ancor oggi non lo fa, perché è fortemente carente di cultura relazionale. Occorre orientarsi ad un "Welfare di Comunità". I suoi principi ispiratori sono i seguenti:

- è realizzato da una pluralità di attori attraverso la governance sociale, riducendo al minimo il government politico (uso dell'autorità);
- opera con un paradigma relazionale in quanto fa un lavoro relazionale che procede valorizzando le relazioni con il metodo di rete, mentre gli operatori vengono addestrati al *relational social work*²¹;
- è progettato e valutato assieme da cittadini e utenti, cioè è co-progettato e implementato assieme da tutti gli attori della comunità intesa come un sistema di osservazione-diagnosi-guida relazionale (sistema ODG)²²;
- persegue il benessere della comunità creando e rigenerando il capitale sociale, ossia relazioni di fiducia, cooperazione e reciprocità, a partire dalle reti primarie e valorizzando i processi di co-produzione dei servizi. Co-produrre i servizi non vuol dire che c'è un'offerta di servizi e una scelta da parte di chi li domanda, ma l'offerta e la scelta del servizio è fatta assieme da produttore e beneficiario. Operatore e utente condividono le decisioni su come il servizio deve essere fatto. La co-produzione fa partecipare le persone al processo²³.

²¹ Rimando il lettore alla lettura della rivista "Relational social work" del Centro Studi Erickson, che offre esempi concreti e buone pratiche, a partire dall'articolo di Folgheraiter F. e Raineri M.L. (2017), *The principles and key ideas of Relational Social Work*, Relational Social Work, 1(1), pp. 12-18.

²² Donati P. (2006), *Teoria relazionale della società: i concetti di base*, FrancoAngeli, Milano, capitolo 5.

²³ Victor A. (2018), *Pestoff, Co-production and Public Service Management. Citizenship*,

Per riumanizzare le cure, sia dal punto di vista sociale che sanitario, in una chiave relazionale nel nuovo assetto dei servizi di cura, la mia proposta è quella di definire la cura e i servizi di cura come sistema ODG, cioè un sistema di osservazione relazionale, di diagnosi relazionale e di guida relazionale per realizzare un welfare comunitario. Che cosa vuol dire ODG? Brevemente, significa:

- che l'osservazione deve essere relazionale, il che comporta che il problema di fronte al quale ci troviamo deve essere definito come un problema di relazioni. Il bisogno, la malattia, la povertà, l'emarginazione sociale, sono tutte conseguenze di una particolare rete che genera il problema, cioè la malattia, la povertà, la solitudine, la non autosufficienza, come una configurazione relazionale piena di deficit, buchi strutturali, incapacità di vedere e gestire buone relazioni;
- che la diagnosi deve essere relazionale, ossia consiste nel saper distinguere le relazioni buone che portano salute e benessere rispetto a quelle che non lo fanno;
- che la guida deve essere relazionale, ossia l'intervento pratico consiste nel guidare le persone nella loro rete anche apportando delle modifiche in modo da creare una rete di beni relazionali. La cura e i servizi di cura si producono attraverso un'osservazione sulle relazioni esistenti che provocano il problema, si effettua la loro valutazione e si lavora per produrre il loro cambiamento.

Attraverso la metodologia del sistema ODG, possiamo realizzare il Welfare di Comunità (WdC), che è la mia proposta in una prospettiva di medio termine²⁴. È importante che gli operatori, sia sociali sia sanitari, vedano nella comunità l'ambito privilegiato per creare un Welfare umanizzante. Il WdC è l'insieme delle azioni di policy ed interventi di rete che sono capaci di mettere insieme le istituzioni pubbliche, imprese, società civile organizzata e le famiglie che realizzano un 'welfare in rete' in quanto creano un tessuto sociale che è comunitario perché l'appartenere ad esso è fonte di un benessere condiviso tra persone singole e tra famiglie.

Così si crea una comunità che è una *We-relationality*, ovvero, "una relazionalità del noi". La comunità è un Noi che non significa avere le stesse idee o gli stessi gusti e preferenze, ma significa condividere una relazionalità in cui ciascuno è sé stesso insieme agli altri.

In una situazione di crescente post-modernità, la protezione sociale ha soprattutto bisogno di individuare nuovi attori, nuovi principi-guida e nuove

Governance and Public Service Management, Routledge, London.

²⁴ Folgheraiter F., Donati P. a cura di (1991), *Community care. Teoria e pratica del lavoro sociale di rete*, Edizioni Centro Studi Erickson, Trento; Donati P. (1994), *Cura della salute e reti sociali: il progetto della community care*, L'Arco di Giano, 5, pp. 173-183.

regole che non si aspettino troppo in termini di armonizzazione, convergenza e coordinamento, ma siano soprattutto capaci di auto-direzione e auto-controllo in termini di efficacia, efficienza ed equità nei costi e nei vantaggi della protezione sociale collettiva. Il maggior problema sta nel come regolare la maggiore autonomia delle forme di protezione sociale, in particolare quelle autogestite da coloro che sono direttamente interessati ad essa, con l'equità sociale fra categorie, condizioni di vita e generazioni diverse.

In altri termini, occorre che i sistemi di protezione sociale riescano a trovare un nuovo bilanciamento fra le forme di "integrazione sistemica" (organizzazioni formali) e le forme di "integrazione sociale" (associazionismo sociale diffuso in "reti" a scala di comunità e nelle relazioni formali/informali), entro una nuova configurazione relazionale di "cittadinanza societaria".

I principi attraverso cui questi obiettivi possono essere raggiunti sono: (a) la sussidiarietà verticale (dentro il sistema politico-amministrativo territoriale) e quella orizzontale (tra il sistema politico-amministrativo e la società civile), (b) regolazione basata su principi universalistici; (c) autonomia delle organizzazioni operative, con controlli (di efficienza, efficacia, equità e qualità) nei loro outputs concreti (anziché ex ante sulle loro strutture interne).

Le politiche sociali non derivano più il loro carattere 'politico' dal fatto di essere una emanazione dello Stato (ovvero del sistema politico-amministrativo) con le sue funzioni di comando ai vari livelli territoriali, ma dal fatto che emerge un modo nuovo di percepire e fare il bene comune dall'interno delle varie sfere sociali che promanano dalla società civile, seppure supportate dallo Stato.

In questo senso, l'attività dei servizi sociosanitari può diventare più politica di un tempo, se essa attiva una sufficiente riflessività che metta gli operatori in grado di comprendere che si tratta di una politica societaria e non solamente statale, in quanto la politicità non è più riferita allo Stato, e neppure alla antica polis, ma al sistema associativo delle organizzazioni che producono-distribuiscono-consumano welfare.

6. Umanizzazione delle cure e bioetica relazionale

Le cure sanitarie e sociali implicano sempre una dimensione etica. Per rispondere a questa realtà è nata la bioetica, che intende orientare le scelte etiche in tema di vita umana. Tuttavia, io osservo che questa disciplina, nata tra gli anni 1960 e 1970 in ambito anglo-sassone, rimane un misto di biologia e di etica molto carente dal punto di vista di come tratta le dimensioni relazionali della vita umana. La bioetica attuale è chiamata a farsi relazionale perché la formazione bioetica è formazione al pensare e all'agire sulla vita umana

come relazione sociale. Nelle cure occorre passare dal modello prettamente medicale a quello ecologico, di una ecologia integrale.

Diventa fondamentale affiancare la bioetica con l'etica della cura (*care ethics*). Questa disciplina si è sviluppata a partire dagli anni Ottanta del secolo scorso con i lavori pionieristici di Carol Gilligan e Nel Noddings. L'apporto di questa prospettiva sta nel criticare la bioetica individualista secondo la quale il benessere della persona starebbe nella sua capacità di autodeterminazione intesa come autonomia dell'individuo. Emersa soprattutto dal campo femminista, l'etica della cura evidenzia la necessità di un approccio comprensivo alla cura tenendo conto delle disabilità della persona e sottolineando le dimensioni relazionali del benessere.

Negli ultimi decenni, le idee intrecciate di autodeterminazione e benessere hanno ricevuto un enorme sostegno nella bioetica. Le discussioni sull'autodeterminazione si concentrano spesso su due dimensioni: le capacità possedute dal paziente e la sua libertà dalla coercizione esterna. La pratica di ottenere il consenso informato, ad esempio, è diventata una procedura standard nella medicina terapeutica e della ricerca per testimoniare questa autonomia, anche se poi non è così. In superficie, sembra che i pazienti ora abbiano più opportunità che mai di esercitare la propria autodeterminazione. Ma non è così, perché decisioni bioetiche che si concentrano sui singoli pazienti che prendono decisioni particolari trascurano la struttura sociale all'interno della quale vengono prese le decisioni. Guardando attraverso la lente relazionale, Anita Ho²⁵ sostiene che la questione dell'autonomia è molto più complessa di quanto suggerisca il modello individualista della bioetica. Il sistema sociale e l'ideologia che fa perno sulle abilità del singolo impongono in realtà varie forme di pressione, che influenzano indirettamente le decisioni dei pazienti e le loro alternative. Ella sostiene che, invece di concentrarci solo sull'atto individuale del processo decisionale, dobbiamo prestare attenzione alla struttura sociale relazionale che inquadra la decisione delle persone.

Si deve allora sottolineare l'importanza che la formazione bioetica diventi formazione al pensare e all'agire relazionali. Il discorso sulla cura nei servizi non rientra tanto nella dimensione tecnica delle prestazioni, quantopiuttosto in quel campo nel quale è la vita stessa come relazione che è messa in questione. Solo un "vedere relazionale" può garantire una bioetica a dimensione umana, anziché disumanizzante.

Si deve poter elaborare una bioetica non avulsa dalle relazioni sociali in cui i soggetti sono inseriti. Per fare un esempio, le biotecnologie della riproduzione umana non possono ignorare le caratteristiche e il contesto delle coppie che

²⁵ Ho A. (2008), *The Individualist Model of Autonomy and the Challenge of Disability*, *Bioethical Inquiry*, 5, pp. 193-207.

richiedono l'intervento, né tantomeno i problemi del figlio che potrà nascere. I cosiddetti *hi-tech babies* frutto della procreatica devono poter aspirare ad una famiglia valida, completa, con caratteristiche di stabilità, non a un ambiente sociale qualunque: non si può giocare con loro come con dei giocattoli.

La bioetica, in breve, non può ignorare che la vita umana, in quanto umana, è relazione sociale, è azione reciproca – dotata di senso – di soggetti-persone, e non è una alchimia di laboratorio.

«In conclusione. La formazione alla bioetica è formazione ad una etica della vita piena, non puramente biologica. Il fatto che il termine, di origine anglosassone, possa far identificare la vita con il semplice bios in cui risiede la norma etica, come sosteneva Giorgio Prodi²⁶ è un fraintendimento che va evitato e una distorsione che va continuamente corretta là dove si produce». Infatti, l'etica non è inscritta nella vita biologica, ma è una scelta morale della coscienza delle persone nella loro libertà, volontà e intenzionalità.

Il biologico umano non è solo un genoma, un patrimonio genetico distinto da altri, che opera da sé, ma è una dimensione della vita umana che opera in interazione con una coscienza (personalità), un sistema sociale e una cultura. L'umano è una combinazione peculiare – interattiva e interpenetrata – di queste varie dimensioni, di cui quella più distintiva è la cultura in quanto riferita ad una coscienza non puramente cognitiva, ma anche valutativa di ciò che è bene per l'essere umano.

Per produrre questa bioetica occorre passare dal modello medico a quello ecologico, di ecologia umana integrale. E occorre produrre nuove frontiere di ricerca sulla interazione fra le varie dimensioni che ho richiamato. Non si fa ancora abbastanza per orientare risorse e finanziamenti allo studio delle influenze reciproche fra fattori biologici, psicologici, sociali e culturali. Occorre una nuova cultura delle relazioni in senso lato.

In caso contrario, la bioetica diventerà solo un insieme di regole procedurali che, prive di motivazioni e di senso intenzionale profondo, si potranno al massimo incaricare di limitare il business di un mercato, di cui conosciamo già molti effetti mercificanti. Effetti che sono ancora relativamente contenuti rispetto agli effetti devastanti e ai rischi di alienazione dell'umano che si prospettano come possibili sull'orizzonte del futuro.

Un modello di erogazione del servizio che si concentra solo sulla dimensione individuale, e che funziona con un concetto di cura come prestazione (merce, commodity) è inadeguato di fronte ai dilemmi morali e alla necessità di essere in grado di costruire e ricostruire vite umane e relazioni umane nel contesto della pena, del dolore e dell'imprevedibilità.

²⁶ Prodi G. (1987), *Alla radice del comportamento morale*, Marietti, Genova. Le tesi dell'Autore sono chiaramente di stampo positivistico comportamentista.

Le competenze e le qualità richieste a questo scopo non sono quelle dei broker e delle agenzie di supporto che vorrebbero aiutare gli utenti di un servizio a negoziare termini e condizioni. Solo abilità coltivate attraverso pratiche dialogiche basate su principi di etica della cura possono fornire supporto agli utenti del servizio e alle persone a loro vicine.

Questo approccio è necessario per garantire giustizia in condizioni di vulnerabilità nei confronti sia dei singoli *caregivers* sia dei *carereceivers*.

In conclusione. Per umanizzare le cure bisogna considerare il fatto che sono le relazioni sociali a rendere umane le persone e ciò che fanno. Le relazioni sono una realtà a sé e occorre sapere come trattarle (anche a distanza) per valorizzare le persone e generare beni relazionali. Non basta la buona volontà dei soggetti (operatori, utenti, istituzioni). Occorre crescere nella capacità di leggere le relazioni, la loro qualità, i loro effetti, per prendersi veramente cura dell'Altro in modo umano.

2. Sviluppo organizzativo dei contesti di cura: il modello della servant leadership

di *Patrizia Russo*

Il tema della leadership e quello del management sono considerati, nella letteratura e nelle organizzazioni, strettamente connessi. Anche in Sanità sono frequenti i contributi e le riflessioni su questi concetti, innescando interrogativi importanti, funzionali alla gestione delle organizzazioni e relativi ai rapporti fra il leader e i collaboratori, nonché inerenti la massimizzazione delle risorse e la loro valorizzazione. Partendo dal presupposto che le organizzazioni sanitarie sono caratterizzate da modelli gestionali burocratici, alti livelli di conoscenza applicata e autonomie professionali, in virtù della sempre crescente tendenza a progettare percorsi efficaci, orientati al miglioramento continuo e al posizionamento delle strutture in termini strategici sul mercato dell'offerta dei percorsi di cura, occorre necessariamente riflettere sulle possibili strategie o modalità di leadership che risultino funzionali a questi obiettivi.

A tal proposito, senza dubbio, un ruolo cardine è attribuibile alle persone che ricoprono ruoli manageriali e/o svolgono funzioni gestionali, in quanto necessitano di capacità di management e di leadership in maniera congiunta, essendo variabili che si integrano e si completano. “Serve visione a lungo termine (leadership) e pragmatismo quotidiano (management), così come servono strategie (leadership) e piani di azione (management)”¹. In virtù di tali orientamenti, si sta sempre più facendo strada la netta consapevolezza che le due variabili vadano di pari passo, in controtendenza con la convinzione che la leadership sia più importante del management e che nella gestione di una organizzazione sanitaria occorra maggiormente potenziare gli aspetti gestionali, in senso stretto, piuttosto che valorizzare il management. Le nuove strategie, infatti, puntano sulla convinzione che non sia funzionale né produttivo porre l'enfasi su una o sull'altra componente, bensì investire sulla valo-

¹ <https://www.growens.io/it/modello-leadership/>

rizzazione delle caratteristiche peculiari di entrambe, così da ottenere il massimo rendimento dalla sinergia che se ne ricava. Infatti, citando Mintzberg (2010) “invece di distinguere i manager dai leader, dovremmo vedere i manager come leader e la leadership come una buona gestione manageriale”².

1. Leadership, risorse umane, politiche

Il concetto di leadership è un argomento che da sempre ha affascinato, anche in virtù delle ricadute che genera da un punto di vista organizzativo e professionale, soprattutto alla luce del fatto che rappresenta una leva gestionale determinante nelle organizzazioni poiché, attraverso un suo corretto impiego, si ottengono le migliori performance. Questo aspetto, da diversi anni, sta riscuotendo un notevole interesse da parte delle organizzazioni sanitarie, alla luce anche della crescente necessità di formare professionisti che siano non solo in grado di spendere un sapere clinico, ma che abbiano attitudini necessarie a gestire, guidare, valutare e motivare un gruppo di lavoro, così come posizionare la propria organizzazione in termini competitivi nel mercato dell’offerta dei servizi sanitari. Questo orientamento implica una costante azione di formazione continua del leader dell’organizzazione, dal momento che la stessa è considerata una grande leva di orientamento dei comportamenti. Più in dettaglio, «la formazione rappresenta un meccanismo di controllo del comportamento organizzativo e operativo che l’organizzazione adotta per costruire l’addestramento e lo sviluppo della carriera e rendere sempre più aderente il comportamento dell’operatore alle richieste aziendali» (Mintzberg, 1985)³. Ciò comporta che il raggiungimento della massimizzazione dei risultati in sanità, implica un massiccio investimento nelle risorse umane e le aziende sanitarie, indentificandosi come «*learning organization* e riconoscendo nella formazione continua e nel miglioramento delle competenze professionali gli ingredienti fondamentali per migliorare la qualità dell’assistenza, possono così tendere al raggiungimento di standard di assistenza di eccellenza» (Cartabellotta, 2012; Porter, 2010; Keller, 1994)⁴.

Sulla base di tali considerazioni, di grande interesse per l’attuazione di questa modalità di management è la *servant leadership*, in grado di conciliare le attitudini tecnico-specialistiche, proprie della formazione clinica, con quelle

² Mintzberg H. (2010), *Il lavoro manageriale in pratica. Quello che i manager fanno e quello che possono fare meglio*, FrancoAngeli, Milano.

³ *Ivi*, p. 3.

⁴ Lavalle T. (2014), *L’utilizzo dei casi di studio per favorire l’apprendimento di metodologie e strumenti per lo sviluppo organizzativo o di percorsi di cura nelle aziende sanitarie*, [Dissertation thesis], Alma Mater Studiorum Università di Bologna.

trasversali, che consentono di raggiungere buone performance professionali. Questo modello di governo di gestione implica la capacità del leader di una struttura sanitaria di leggere il contesto relazionale in cui opera. L'intento è quello di motivare il comportamento dei suoi collaboratori, al fine di garantire una prestazione di cura efficace, nel rispetto del paziente e dei suoi familiari, e, al contempo, compiere azioni di potenziamento della formazione, non solo tecnico-professionale, con dovizia di cura anche alle richieste del mercato relative al tema della salute e del benessere. Al *servant manager* è, in breve, richiesto di saper coniugare due dimensioni: quella della cura e quella del management aziendale. In tal senso, la *servant leadership*, ponendosi come paradigma innovativo, consente di realizzare il perfetto equilibrio tra l'essere guida e l'essere a servizio, sfruttando le abilità possedute dal leader che, mediante un fare positivo, si mette al servizio dei suoi collaboratori cercando di spronarli a dare il meglio nell'ottica del potenziamento delle performance in seno all'organizzazione e per il perseguimento degli obiettivi aziendali e del singolo. "Integrando le competenze del guidare e servire in un innovativo processo di *leading by serving* (guidare servendo) che rappresenta una prospettiva realistica per diventare leader migliori, mettendosi a servizio dei collaboratori per farli crescere"⁵, al leader servitore viene richiesto di ri-negoziare il tradizionale paradigma di leadership, incentrato, quasi esclusivamente, su una logica di potere e con un'enfasi sul controllo, proponendo una logica di servizio, con un accento sull'offrire e sul dare; una sfida "senza dubbio impegnativa e complessa perché occorre sviluppare una forte fiducia in sé stessi e nel proprio operato, per poter poi spostare il focus dai propri interessi personali"⁶ a quelli dell'intera organizzazione. I risultati, in questo modello di leadership, infatti, non possono prescindere da un'attenzione alle relazioni con i collaboratori; il successo deriva da un sapiente mix tra focus sui risultati e cura delle relazioni, con effetti positivi in termini di efficacia lavorativa, maggiore impegno e dedizione, minore stress, maggiore produttività, miglioramento del clima nell'ambiente di lavoro. Ciò implica che il raggiungimento degli obiettivi non dipende soltanto dalle attitudini personali intrinseche del leader, né tanto meno dalla dedizione al lavoro e dall'impegno del singolo nel dare corso alle indicazioni suggerite, bensì risiede nella costruzione di una cultura della leadership, orientata al prendersi cura, al dedicare attenzione all'altro. Affinché ciò trovi compimento, la *servant leadership* non deve essere relegata ai piani alti di un'organizzazione, appannaggio di pochi leader illuminati, ma deve essere distribuita, diffusa e condivisa a tutti i livelli aziendali⁷.

Il paradigma della *servant leadership* è strettamente connesso al tema del-

⁵ <https://www.icsangiovanibosco.edu.it/wp-content/uploads/2021/04/DS-servant-leader.pdf>

⁶ <https://www.wtco.global/servant-leader/>

⁷ <https://www.wtco.global/servant-leader>

l'humanization of care, uno stile di management altamente qualificato cui le organizzazioni sanitarie tendono. Questo approccio è marcatamente influenzato dalla complessità degli scenari sanitari e delle problematiche medico assistenziali. Le politiche della salute, infatti, sono fortemente orientate alla tutela del benessere della persona attraverso il riconoscimento e la realizzazione di azioni finalizzate alla protezione sociale, anche mediante il contenimento di tutti quei rischi che ostacolano l'esito positivo dei trattamenti sanitari. Questo richiede modelli di intervento fondati sull'integrazione interprofessionale e interaziendale, propri anche della continuità assistenziale (Russo, 2019)⁸, che consentono la formulazione dei significati circa la funzione e le finalità delle strutture organizzative nel loro insieme, che, in relazione all'attuazione del sistema di umanizzazione, avviano un processo di condivisione co-costruita del cambiamento, in grado di generare nuove modalità operative, metodologie comprovate e riconosciute, coniugate con una leadership distribuita rispetto a ruoli e funzioni⁹. In tal senso, i circuiti politici e gli assetti organizzativi, per poter generare ricchezza e servizi di qualità, sono chiamati necessariamente a mettere in agenda la progettazione e la messa in campo di programmi che mirino a ridurre il malessere dei professionisti e dei pazienti, consapevoli che i sistemi d'aiuto producono benessere per i clienti solo se sanno prevenire il malessere degli operatori¹⁰. La sfida sta nell'investire sulla qualità del clima e sulla costruzione di una solida cultura organizzativa, orientata alla valorizzazione del lavoro professionale, che si accompagna alla libertà del professionista di pensare, ragionare, agire in autonomia, rispettando, prima di tutto i valori etici e deontologici che la professione richiede e, poi, gli obiettivi e le finalità dell'organizzazione di appartenenza, senza "pressioni" di alcun genere, senza "restrizioni" forzate e "indicazioni" suggerite¹¹. Valorizzare le professionalità, adeguare la formazione alle richieste del mercato, favorire le politiche per incentivare nuove assunzioni; ancora, snellire i processi di burocratizzazione, consolidando e rafforzando il valore del principio dell'universalismo e dell'uniformità delle prestazioni sanitarie, soffermandosi meno sul rispetto dei bilanci ed orientando l'azione al benessere dei cittadini e degli stessi operatori, diventano principi guida che il *servant leader* deve tradurre in strategie operative (Fazzi, 2015)¹². Senza

⁸ Russo P. (2019), *Umanizzazione delle cure. Riflessioni sulle buone prassi in sanità*. Editrice Lampo, Campobasso.

⁹ Campanini A. (2009), *Scenari di welfare e formazione al servizio sociale in una Europa che cambia*, Unicopli, Milano. Donati P, *L'operatore assistente sociale di fronte alla crisi del Welfare State: quali prospettive?* Rivista Studi di Sociologia, 1981-1, Vita e Pensiero Editore, Milano.

¹⁰ Russo P. (2019), *Gli italiani non sorridono più*, Editrice Lampo, Campobasso; Schön D.A. (1993), *Il professionista riflessivo*, Dedalo, Bari.

¹¹ *Ivi*, p. 9.

¹² Fazzi L. (2015), *Servizio sociale riflessivo. Metodi e tecniche per gli assistenti sociali*,

dubbio questo assunto comporta un grande sforzo da parte delle organizzazioni, dovendo avvalersi di un assetto dialogico e di mediazione, non solo nell'approccio al paziente che, in virtù proprio di quanto detto, è diventato sempre più competente nella gestione delle relazioni tra organizzazioni. La Salute, dunque, non si confina più in un rapporto "privato" tra operatore e paziente, ma richiede prese in carico complesse e trasversali, attraverso una coerente rispondenza tra: aspetti istituzionali, mediante fattive collaborazioni, intra ed extra organizzative, per il raggiungimento di obiettivi comuni, nella salvaguardia delle singole autonomie e responsabilità; aspetti gestionali, attraverso una metodologia di lavoro per progetti; aspetti professionali, mediante una formazione che tenda ad uniformare gli stili di lavoro, pur nel rispetto e nella valorizzazione delle singole professionalità¹³. La strategia dell'umanizzazione richiede attenzione verso la dimensione umana ed esistenziale, offrendo spunti di riflessione su una necessaria evoluzione del sistema sanitario, verso l'esercizio di modelli *patient oriented* in cui la persona¹⁴, prima ancora che nei percorsi diagnostico terapeutici, è pensata nelle politiche in materia di tutela e promozione della salute, aprendo nuovi scenari di ripensamento nel rapporto tra struttura sanitaria e cittadino. Pertanto, perché si attui il processo di umanizzazione dei e nei luoghi di cura, sono richieste indispensabili azioni strutturali, organizzative e comunicative¹⁵. La *servant leadership* diventa, pertanto, strumento di facilitazione del cambiamento e di innovazione delle organizzazioni sanitarie, mediante interventi sulla dimensione organizzativa in grado di traghettare l'organizzazione nei processi di *government*, attraverso un ruolo partecipativo ed elaborativo, di impatto anche a livello sociale, tale da dare impulso ad attività di ricerca e progettazione di soluzioni migliorative che rendano più vicino, umano e affidabile il servizio¹⁶.

2. La *servant leadership* come strumento di attuazione dell'umanizzazione delle cure

Queste premesse aprono ulteriori interrogativi sulla possibilità di promuovere, incoraggiare, ma, soprattutto, attuare una nuova logica di approccio al paziente e alla cura da parte dell'operatore sanitario, che inneschi una rivo-

FrancoAngeli, Milano.

¹³ *Ivi*, p. 11.

¹⁴ *La qualità del welfare*, presentazione 2° Convegno Internazionale sui servizi sociali, 2008; Tanese A. e Terzi A. (2013). *Il cittadino stakeholder della sanità*. Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute, XII (32). ASSR, Roma.

¹⁵ <https://www.omni-web.org/misurare-umanizzazione-delle-cure>.

¹⁶ *Ivi*, p. 14.

luzione “copernicana”, in cui i bisogni della Persona che accede ai servizi diventino allo stesso tempo l’obiettivo perseguito dal sistema e lo stimolo per innestare un nuovo driver organizzativo. La qualità, infatti, che i cittadini-pazienti percepiscono durante la permanenza in contesti sanitari, insieme alla qualità reale del servizio, non definisce semplicemente lo “stile” dell’organizzazione curante, ma è il frutto dell’applicazione di un vero e proprio sistema gestionale che si articola a più livelli, centrato sull’idea che il luogo di cura vada pensato non più solo in termini squisitamente clinici, bensì come rispondente alle esigenze dei fruitori dei servizi, così come degli stessi operatori. Perché ciò si possa realizzare, le organizzazioni che si occupano di salute hanno bisogno di orientarsi su una formazione, prima, e su una gestione, poi, in termini di umanizzazione, in quanto valore aggiunto per potenziare la clinica, la compliance del paziente, per interpretare la relazione come costruttiva, in cui “l’apprendere a prendersi cura” diventa il focus dei contesti assistenziali, nel rispetto delle preferenze, dei bisogni e dei valori del singolo cliente. Il “paziente al centro” è, infatti, un’espressione che ricorre ormai frequentemente nella mission di molte strutture sanitarie, che consente di comunicare con immediatezza la diffusa istanza di innovazione ed eccellenza, nonché le trasformazioni concrete che ad essa si associano. L’espressione non va intesa come uno slogan di marketing aziendale, bensì come una necessità propria di un paradigma che attribuisce una rilevanza sostanziale al concetto di “centralità della Persona”, intesa quindi, come risposta ai bisogni particolari, alle aspettative di ciascun paziente nei modi e nei tempi da lui stesso dettati, e non, come a volte erroneamente accade, identificata in termini di Sistemi di Qualità. In pratica non deve essere sinonimo di un sistema di cure centrate sulla tecnologia, sulla gestione della cura, bensì come attenzione al paziente e alla comunicazione intesa come processo di interazione che dà origine ad una relazione significativa tra pazienti, familiari e curanti. Ciò significa, dunque, che la formazione richiede un investimento in una competenza adeguata a raggiungere livelli di personalizzazione molto elevati, respingendo l’idea di rapporti anonimi e superficiali, che esulano dalla comprensione dell’altro e dalla possibilità di rispondere con pienezza ai suoi bisogni espressi e inespressi. Di conseguenza, l’incontro con il paziente, e, senza prescindere da un approccio sistemico che guida l’azione, dal suo contesto di prossimità, richiede una preparazione professionale e al contempo umana e umanizzante del percorso terapeutico, istaurando una relazione volta a incontrare l’umanità ferita dell’altro, orientata a una relazione interpersonale profonda, basata sull’accoglienza che, per principio, implica una restituzione, nella relazione, dell’esperienza. Ciò consente la negoziazione dei significati circa la propria funzione di professionista dell’aiuto e quella della struttura organizzativa nel suo insieme. È un processo che richiede impegno

e partecipazione di tutti gli attori del sistema, finalizzato a formulare un piano di umanizzazione, inteso come esigenza su cui investire da parte delle organizzazioni che si occupano di salute, ovvero una priorità per i nostri sistemi di welfare che passa dalla necessità di aumentare la consapevolezza che un Ente che si occupa di salute è competitivo non solo per l'efficienza economica o l'efficacia degli esiti, così come per la disponibilità di innovazioni assistenziali, tecnologiche e terapeutiche, ma anche per la capacità di accogliere i pazienti nella loro interezza; solo focalizzandosi su questo elemento, si può ambire a un efficace modello di cura, come aspetto essenziale dello stesso atto terapeutico.

Altro focus di riflessione attiene alla atipicità delle organizzazioni sanitarie, ovvero alla loro tipica struttura di potere rovesciato. Tradizionalmente, infatti, le professionalità che nella prassi clinica sono preposte alla presa in carico e alla cura del paziente, per quanto attiene le decisioni connesse allo svolgimento della pratica clinica quotidiana, sebbene gerarchicamente subordinate rispetto a coloro che ricoprono ruoli di comando, possiedono maggiore potere decisionale rispetto a coloro che si trovano in posizioni apicali (Ham, 2003)¹⁷. Pertanto, se queste specificità fanno delle strutture ospedaliere le Aziende dalla gestione più difficile e complessa (Glouberman e Mintzberg, 2001)¹⁸, al contempo diventano terreno favorevole per l'attuazione dei sistemi di una leadership distribuita e negoziata. Certamente ciò richiede un riassetto non solo del framework che tradizionalmente definisce il sistema "sanità" (Withman, 2011; Mintzberg, 1985; Borgonovi, 1996)¹⁹ ma un ripensamento anche del ruolo preponderante della "tecostruttura, di cui sono esempio il controllo di gestione o il governo clinico, con il compito di coadiuvare il governo e l'operatività aziendale attraverso la diffusione e la pratica di processi di standardizzazione, nonché il ruolo degli staff di supporto cui è richiesto di sovrintendere le operazioni non direttamente connesse alla produzione e all'erogazione di servizi"²⁰.

¹⁷ Ham C. (2003), *Improving the performance of health services: the role of clinical leadership*, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12801754/>.

¹⁸ Glouberman S., Mintzberg H. (2001), *Managing the Care of Health and the Cure of Disease - Part I: Differentiation*, printed at INSEAD, Fontainebleu, France.

¹⁹ Withman M.V. (2011), *Perceptions of Ethical Leadership as a Mediator of the Relationship between Abusive Supervision and Work Behaviors*, abstract of Journal Article of Institute of Behavioral and Applied Management, 2016; Mintzberg H. (1985), *Visionary leadership and strategic management*, Strategic management journal, 1989, in <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/smj.4250100704>; Borgonovi E. (1996), *Leader-member exchange, affective commitment, engagement, wellbeing, and intention to leave: public versus private sector Italian nurses*, in <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540962.2014.96236>.

²⁰ https://www.gimbe.org/pubblicazioni/gimbe/position_statement/governo_clinico/PS_Il_Governo_Clinico_nelle_Aziende_Sanitarie_1.4.pdf. Il Position Statement è stato elaborato da Cartabellotta A. e Annicchiarico M., con il contributo di Berti F., Cellini M., Potena A.,

Quanto enunciato porta a soffermarsi su un altro elemento atipico degnodi nota: gli scambi e le relazioni tra i ruoli apicali e quelli della compagine operativa sono molto stretti. Si registra, infatti, una marcata difficoltà nell'operare una netta divisione gerarchica tra i diversi livelli della piramide organizzativa, essendo la struttura sanitaria, per sua stessa natura, connotata da una marcata, quanto inevitabile, autonomia professionale del comparto medico nella gestione dei protocolli di cura e di relazione con il paziente. A questo occorre aggiungere “la legittimazione incerta del vertice strategico che consegue a una investitura di origine politica e a orizzonti temporali di mandato relativamente brevi e poco prevedibili (fenomeno del cosiddetto *spoil system*) (Borgonovi, 2004) e, secondariamente, l'impatto di funzioni di supporto e standardizzazione largamente influenzate da logiche e pratiche burocratiche che guardano più alla conformance nelle procedure che alla performance dei processi e al perseguimento dei risultati sperati (Lega, 2008)”²¹. Proprio tale connotazione fa sì che i tradizionali costrutti teorici, propri delle discipline economico-aziendali, trovino, nell'attuale cornice storico-politica, difficile e duratura applicazione in ambito sanitario, aprendo alla necessità di riflettere sulla introduzione di una modalità di gestione dinamica e distribuita, in virtù proprio del fatto che, coloro che ricoprono ruoli dirigenziali, non specificatamente apicali, sono direttamente e attivamente coinvolti nei processi decisionali, gestionali e attuativi delle politiche e degli indirizzi aziendali. Tutto ciò assume un valore ancor più pregnante se rapportato alle attuali connotazioni del mercato e delle politiche pubbliche in materia di salute, che vedono pazienti portatori di una domanda di cure sempre più personalizzate e specializzate, a fronte di un sempre più marcato contenimento della spesa sanitaria, che, nella prassi operativa, stringe i professionisti, sia di tipo

Rolli M., Rossi G.; Mintzberg H., “A Note on that Dirty Word ‘Efficiency’.” *Interfaces* 12 (1982): 101–05. Mintzberg, H. “Managing as Blended Care.” *Journal of Nursing Administration* 2, no. 9 (1994): 29–36; Mintzberg, H. “Managing Government, Governing Management.” *Harvard Business Review* (May–June 1996); https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1468-0270.2011.02115_3.x; Borgonovi E. (1996 b), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea.

²¹ http://www.unife.it/medicina/ls.riabilitazione/studiare/minisiti/tirocinio-i/materiale-didattico/2015_16/bibliografia/3_i_sistemi_di_valutazione.pdf consultato il 30.06.2021; Bellini P., Braga M., Rebba V., Rodella S. e Venerami E., *Definizione di un set di indicatori per il monitoraggio e la valutazione dell'attività sanitaria*, Rapporto di ricerca commissionato dalla Commissione per la Garanzia dell'Informazione Statistica. Roma, 2002 European Commission, Directorate-General XVI, Regional Policy and Cohesion, Indicators for Monitoring and Evaluation: An indicative methodology. The New Programming period 2000-2006, Methodological working papers. Frenk J., *Building on the Legacy: primary health care and the new policy directions at WHO*, American Public Health Association, Chicago, 1999. Kelley E., Hurst J., *Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper*, Oecd Health Working Papers, 2006.

clinico che non-clinico, nella morsa della pressione del far quadrare il bilancio economico aziendale con il mantenimento di elevati standard di cura. L'equilibrio, infatti, tra l'efficacia gestionale e l'efficienza operativa, richiede un investimento sul management e sulla leadership in termini innovativi e modificativi. Questo aspetto, da diversi anni, sta riscuotendo un notevole interesse da parte delle organizzazioni sanitarie, spinte dalla marcata necessità di riqualificare il settore, mediante un investimento sul capitale umano, ovvero sulla formazione di professionisti che siano non solo in grado di spendere un sapere clinico, ma che abbiano attitudini necessarie a gestire, guidare, valutare e motivare un gruppo di lavoro, così come posizionare strategicamente la propria organizzazione nel mercato dell'offerta dei servizi sanitari. Ecco perché, in virtù della sempre crescente tendenza a progettare percorsi orientati al miglioramento continuo dei programmi di cura, occorre necessariamente riflettere sulle possibili tipologie di leadership, funzionali a questi obiettivi. A questo proposito, la leadership di servizio, può rappresentare la risposta più efficace, in quanto in grado di conciliare le attitudini tecnico-specialistiche, proprie della formazione clinica, con quelle manageriali. Questo modello di governo di gestione, coerente con i principi etici delle professioni sanitarie e con il processo di responsabilizzazione che le coinvolge in maniera sempre più incalzante, presuppone un forte investimento da parte delle strutture sanitarie non solo sul profilo dei Direttori, identificabile con il manager aziendale, bensì, di tutti coloro che rivestono ruoli dicoordinamento e dirigenziali di tipo clinico e non, attraverso una leadership distribuita, orizzontale e non verticistica. Tale strategia consentirà di raggiungere e mantenere alti livelli di performance e, al contempo, consentirà di compiere azioni di potenziamento significative, nonché promuovere la partecipazione e la responsabilizzazione di quanti lavorano nel contesto organizzativo. A tal proposito va precisato che l'introduzione della *servant leadership* non presuppone un superamento dei modelli tradizionali, sarebbe utopico, quanto imprudente, alla luce dell'attuale assetto del sistema sanitario e delle politiche ad esso connesse, bensì auspica il loro inglobamento funzionale nell'azione di riassetto organizzativo, in un'ottica capace di affrontare e supportare il cambio di prospettiva.

A questo punto della trattazione, è necessario soffermarsi sul ruolo del leader. Coerentemente con le caratteristiche dello stile di servizio, il leader di un'organizzazione che si occupa di salute, è chiamato a favorire uno stile fortemente relazionale, con l'intento di promuovere il massimo coinvolgimento da parte dei suoi collaboratori, per altro, membri di équipe professionali eterogenee, con l'intento di coniugare abilmente la gestione della leadership clinica con quella, per definizione, gestionale. Il *servant manager* in sanità dovrebbe possedere, dunque, abilità clinico-assistenziali e organizza-

tivo-manageriali, ovvero abilità di gestione e di comunicazione nella relazione con i propri collaboratori e, naturalmente, con i pazienti. Questo aspetto è particolarmente importante in relazione al fatto che le organizzazioni sanitarie contemperano un bilanciamento tra gli interessi dei follower, all'interno della propria organizzazione, e all'esterno, con i propri stakeholder (Goodwin, 2006)²². Ciò presuppone un posizionamento sullo sfondo, come suggeriscono le teorie tradizionali, degli obiettivi e della vision dell'organizzazione, che, tuttavia, diventa un obiettivo perseguito in maniera indiretta, in favore di un marcato posizionamento delle scelte strategiche sulla crescita e sulla produttività dei dipendenti. Tali strategie, possono dirsi "connette" in quanto riescono a fare da collante tra etica, competizione, individualità e collettività; è una sorta di *empowerment* che passa attraverso la promozione della cultura della differenziazione, caratterizzata da una grande attenzione alle differenze tra gli individui, intesi come follower ma anche come stakeholder, capace di generare esperienze significative a più livelli, che incidono e promuovono il cambiamento, orientandolo verso un benessere di ampio respiro. Possiamo altresì concludere dicendo che la *servant leadership* propone nei contesti di cura una nuova cultura di tipo: adattiva, secondo cui la persona si adatta all'organizzazione in termini non privativi ma di possibilità e di valore aggiunto per il team e la stessa organizzazione; condivisa, ovvero basata sulla riunificazione dei lavoratori sotto una comune identità, per eliminare le eventuali differenze che potrebbero complicare l'interazione sociale, pur senza frustrare le individualità e i bisogni personali; inclusiva, ovvero come opportunità di integrare sapientemente e con successo le differenze e mantenere, nel contempo, prestazioni ottimali. Trattando del ruolo del *servant leader* una breve riflessione va dedicata alle competenze che questi deve possedere, ovvero alle capacità utili e indispensabili per governare i processi per il conseguimento degli obiettivi prefissati, nonché promuovere e orientare il cambiamento e, contemporaneamente, gestire la stabilità del sistema. Il costrutto teorico delle "intelligenze manageriali" risulta essere di grande interesse per l'attivazione di tali percorsi e, in questo, le neuroscienze offrono un grande contributo come strumento per innovare, per così dire, la parte emotivo-comportamentale del management. In tal senso l'elemento di cerniera tra intelligenza emotiva e leadership è l'empatia, che assume un potenziale trasformativo e innovativo in quanto, anche se il manager deve possedere determinate attitudini di base, le stesse vanno necessariamente integrate con saperi appresi, di cui l'empatia costituisce un elemento chiave. Non a caso, infatti, diventa strumento per potenziare la clinica, e

²² Goodwin N. (2005), *Leadership in Health Care: A European Perspective*, Routledge, London.

quindi l'approccio al paziente, ma, nel contempo, collante per le relazioni intra-organizzative e permigliorare il clima della stessa organizzazione, le cui ricadute positive danno luogo a evidenze sostanziali (Goleman, 2015; Galati, Fassio, & Viglino, 2004)²³. Pertanto, la chiave di volta sta nella capacità del leader di servizio di trovare il giusto equilibrio tra la propria autorealizzazione e quella dei propri collaboratori, non solo, quindi, facendo quadrare le logiche di bilancio, bensì attivando quella che è definibile “risonanza emozionale”, ovvero proponendosi come “leader risonante”, il che necessita di competenze proprie anche di tutti quei fattori che condizionano l'efficacia di un gruppo. Possiamo allora definire il leader risonante come colui che, innanzitutto, ha deciso di investire in una crescita personale, individuale, non distonica con gli obiettivi aziendali da raggiungere, anche mediante la valorizzazione degli aspetti emozionali e, quindi, in grado di equilibrare aspetti qualitativi e quantitativi; più in dettaglio tale tipologia di leader deve possedere competenze proprie delle discipline cognitivo-comportamentali unitamente a una visione olistica, sebbene critica e riflessiva, con cui approcciare e guidare il sistema (Delamare e Winterton, 2001)²⁴.

Imprescindibili in tutto ciò sono le abilità di comunicazione, intese sia in termini intra che extra-organizzativi. La capacità del “saper comunicare” è indispensabile e, allo stesso tempo, determinante per informare, orientare e collocare l'offerta dei servizi, anche in termini di trasparenza e chiarezza ma, principalmente per orientare e gestire correttamente e fruttuosamente la rete delle relazioni. Ciò, tuttavia, non si può esaurire solo nella predisposizione di un adeguato piano della comunicazione, ma nell'abilità di configurare un match tra i diversi livelli della comunicazione ovvero quella interpersonale, tra colleghi e con i pazienti, quella del marketing e quella istituzionale. Quindi possiamo affermare che una buona comunicazione interna, capace di veicolare e condividere le giuste informazioni circa le attività e i processi lavorativi, consente di coinvolgere le risorse umane nei progetti di cambiamento organizzativo, onde costruire al meglio l'identità di un'amministrazione, accrescere il senso di appartenenza, consentire un approccio positivo al lavoro. Questo ultimo aspetto, se letto alla luce anche dei recenti eventi pandemici, che molto hanno inciso proprio sul fattore relazionale, si nell'approccio al paziente che all'interno dello stesso team di lavoro, diventa un fattore

²³ Goleman D. (2004), *Essere leader. Guidare gli altri grazie all'intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milano; Galati, Fassio, & Viglino (2004) *Motivazioni ed emozioni dei medici e degli infermieri del pronto soccorso*, in Rivista Nuove Tendenze della Psicologia, v.2 a cura di CI-NECA IRIS Torino.

²⁴ Delamare F., Winterton J., Stringfellow E. (2006), *Typology of Knowledge, Skills and Competences: Clarification of the Concept and Prototype*, Office for Official Publications for the European Communities, CEDEFOP, Luxembourg.

chiave non soltanto per valorizzare le risorse umane, che risultano decisive ed essenziali per il corretto sviluppo dell'organizzazione nel mercato dei servizi, ma anche per contenere tutti quei fenomeni ad essa disfunzionali tra cui il *turnover* e il fenomeno del *burnout*. Lavorare con questo approccio significa creare una struttura al cui interno le gerarchie si riducono in favore di un maggiore ed effettivo coinvolgimento dell'individuo per il quale aumenta il carico individuale di autonomia e responsabilità, con evidenti ricadute positive per l'efficacia organizzativa. Nell'analisi e nell'approfondimento di questa tematica, determinate è stato il contributo di Meyer e Allen (1991) che, identificando il costrutto del commitment come concetto multidimensionale, nella declinazione affettiva, ovvero del legame emotivo e di appartenenza che caratterizza il senso di identificazione e coinvolgimento del singolo nell'organizzazione, pongono l'accento sulla necessità del consolidamento del senso di appartenenza.

A partire da queste considerazioni, acquistano importanza anche le connessioni tra le organizzazioni e le agenzie territoriali, della comunità, e, quindi, *empowerment* di comunità, cui si lega la tematica dell'*humanization of care*. La complessità degli scenari sanitari e delle problematiche medico assistenziali, fortemente orientate alla tutela del benessere della persona attraverso il riconoscimento e la realizzazione di azioni finalizzate alla protezione sociale, anche mediante il contenimento di tutti quei rischi che ostacolano l'esito positivo dei trattamenti sanitari, richiedono modelli di intervento fondati sull'integrazione interprofessionale e interaziendale, propri anche della continuità assistenziale (Russo, 2019)²⁵. Grazie alla leadership di servizio, e al suo orientamento relazionale, si profila uno strumento con cui superare non solo il gap economico in cui versa il sistema sanitario, ma anche la profonda crisi di valori che in esso si riscontra, mediante un cambiamento culturale in cui i bisogni della persona malata diventano al con-tempo obiettivo del sistema di cura, stimolo per innestare un nuovo modello organizzativo e il *driver*, il vero segreto del successo dell'istituzione. Possiamo definirlo come una forma di *empowerment* che transita attraverso la promozione della cultura della differenziazione, caratterizzata da una grande attenzione alle differenze inter-individuali, che hanno conseguenze significative sia per l'interazione di gruppo che per le esperienze dei singoli. L'attenzione è sull'adattamento della persona all'organizzazione, in termini non privativi ma di possibilità e di valore aggiunto per il team e la stessa organizzazione. Si accompagna alla cultura dell'unità, basata su identità condivise sovraordinate e su legami comuni condivisi da individui diversi demograficamente,

²⁵ Russo P. (2019), *Umanizzazione delle cure. Riflessioni sulle buone prassi in sanità*. Editrice Lampo, Campobasso.

piuttosto che su differenze interindividuali poiché, unire i dipendenti sotto una comune identità per eliminare le eventuali differenze che potrebbero complicare l'interazione sociale, è la premessa di una cultura dell'unità. Entrambe confluiscono nella cultura dell'integrazione, vista come opportunità di integrare sapientemente e con successo, le differenze e mantenerle, nel contempo, prestazioni ottimali. Tutto questo si realizza grazie alla valorizzazione e alla ricerca di potenziali benefici propri delle differenze individuali, quali nuove idee nello sviluppo di una prestazione o di un servizio, potenziare la qualità e la creatività della decisione di gruppo, e, più in generale, arricchire il set di esperienze e di prospettive che compongono il contesto di lavoro (Ely e Thomas, 2001)²⁶. È importante sottolineare che le visioni e le motivazioni individuali non sono soppresse, ma valorizzate e integrate nel processo di lavoro quotidiano; pertanto, implementare con successo una cultura dell'integrazione, richiede la rimozione di ogni prevaricazione individuale a vantaggio della valorizzazione di un risultato complessivo, ovviamente frutto anche del contributo che ogni persona offre al proprio contesto di lavoro. In questo senso la leadership di servizio utilizza lo strumento dell'*empowerment*²⁷ che si riferisce sia al processo attuato per raggiungere un determinato risultato, sia al risultato stesso che caratterizza lo stato *empowered* del soggetto. Tali riflessioni ci portano a concludere che esiste una correlazione fattoriale tra stili di leadership, *empowering leadership*, impegno affettivo e normativo (commitment) dei collaboratori nei confronti dell'organizzazione, soddisfazione lavorativa e, dall'altro, burnout e intenzione di lasciare l'organizzazione. In questo la funzione della *servant leadership* all'interno delle organizzazioni sanitarie può essere davvero uno strumento efficace in termini trasformativi e di attivazione del potenziale del capitale umano, in quanto capace di orientare in maniera positiva i processi aziendali, incrementare i livelli di qualità effettiva e percepita, incrementare la soddisfazione lavorativa e intervenire in maniera positiva sull'impegno organizzativo, ossia sullo sviluppo, da parte dei collaboratori stessi, di un senso di attaccamento affettivo nei riguardi dell'organizzazione in cui prestano il loro importante servizio per il benessere degli altri. Esiste, dunque, una natura positiva della leadership di servizio che, pur con i suoi limiti, sostiene la crescita dell'organizzazione e, di conse-

²⁶ Ely R. J., Thomas D. A. (2001), *Cultural Diversity at Work: The Effects of Diversity Perspectives on Work Group: Processes and Outcomes*, *Administrative Science Quarterly*, 46, 2.

²⁷ Secondo Rappaport (1981), l'*empowerment* è un processo centrato su una comunità locale, intenzionale e continuativo, che implica il rispetto reciproco, la riflessione critica, l'affetto e la partecipazione di gruppo e attraverso il quale le persone, che non hanno la giusta dose di risorse di valore, possono acquisire un maggiore senso del valore di sé e più elevato controllo della propria vita.

guenza, migliora il vissuto lavorativo e la soddisfazione generale dei collaboratori, caratterizzando un ambiente complesso dove la ricerca di un maggiore benessere per i dipendenti, gli utenti e il personale, può e deve trovare nuove modalità di realizzazione.

3. Umanizzazione delle cure, sguardi riflessivi e valore della fragilità

di Marco Giordano

1. Sguardi profondi: comprendere i problemi per accompagnare i cambiamenti

Di fronte a un albero dalle foglie ingiallite, solo una persona poco avveduta penserebbe di “risolvere il problema” colorando le foglie con della vernice verde. La risposta al sintomo (le foglie gialle), cioè alla parte visibile del problema, non porterebbe ad alcun miglioramento. Anzi, la vernice, coprendo il giallore, avrebbe l’effetto di distogliere l’attenzione dall’individuazione delle cause profonde della situazione. O, peggio, potrebbe fare da barriera, impedendo alle foglie di assorbire la luce e causando ulteriori danni.

L’invito a focalizzare l’attenzione sulle cause profonde dei problemi, ci aiuta a non cadere nella *trappola dell’apparenza*. Ciò che emerge, che appare, non sempre coincide con il tutto. Occorre, dunque, avere l’attenzione di andare oltre, di approfondire lo sguardo, di maturare una conoscenza profonda delle situazioni.

Occorre inoltre considerare che appare di più ciò che manca. Quel che si vede maggiormente nelle situazioni di disagio, sono – in genere – i problemi, le difficoltà, i bisogni: l’assenza di reddito; la carenza educativa; la mancanza di salute; il vuoto di capacità; l’insufficienza degli aiuti; l’inadeguatezza dei comportamenti; ecc. La lista potrebbe continuare. Ci fa ecol’antico proverbio secondo il quale «fa più rumore un albero che cade, che una foresta che cresce». Insomma, le negatività sono spesso più visibili delle positività. Si tratta di una modalità diffusa di osservare la realtà.

Questo modo di approcciare le situazioni evidenzia uno sguardo “*deficit centered*”, cioè, appunto, basato su ciò che è deficitario, manchevole, scarso¹. Un’attenta analisi delle carenze è sicuramente necessaria allorquando ci si

¹ Cf. Anzul M., Evans F., Judith, King R. e Tellier-R.D. (2001), *Moving beyond a Deficit Perspective with Qualitative Research Methods*, *Exceptional Children*, 67(2), pp. 235- 249.

appresta a intervenire a supporto di una certa persona, famiglia o gruppo di persone. Tuttavia, occorre avere la capacità di allargare lo sguardo perché «vedere solo i problemi delle persone rischia di generare un equivoco mortale per il servizio sociale: quello di considerare gli esseri umani dei “casi sociali”»². La trappola in cui si può cadere è quella di restare imbrigliati nel circolo vizioso del ciò che manca.

La via maestra per evitare questi vicoli ciechi è avere la profonda consapevolezza che essere “professionisti dell’aiuto” non significa essere “professionisti della soluzione”! Gli operatori sociali, cioè, non sono chiamati a essere “risolutori di problemi”, quanto piuttosto “*accompagnatori di processi*”.

Questa attenzione permette, come suggerito da Lia Sanicola, di decentrarsi dal problema per concentrarsi sui processi di cambiamento, consci che le difficoltà emergenti sono l’espressione di contraddizioni più profonde. Non di rado l’operatore sociale si trova di fronte a persone che «hanno delle aspettative in ordine alla soluzione dei problemi; si attendono che l’operatore sia lì per offrire risposte, soluzioni, mezzi, aiuti concreti». L’operatore sociale dovrà accompagnarle «a scoprire il ruolo che egli sta svolgendo (...) dovrà resistere alla tentazione di saturare le domande e dovrà gradualmente spostare l’attenzione [delle persone] verso [se stesse]»³. Luca Fazi, su questa stessa linea, invita a tenere presente che, spesso, si «viene a creare una condizione molto faticosa per [gli operatori sociali] che si percepiscono, e sono percepiti, come coloro che devono rispondere da soli alle richieste e ai bisogni degli utenti»⁴.

Anche Silvia Fargion si inserisce in questo solco, segnalando che: «quando ci troviamo di fronte a una situazione di bisogno, è quasi istintivo cercare subito delle soluzioni, pensare immediatamente a un’azione risolutiva (...). La pressione a non rimanere inattivi, a intervenire ci porta a ricercare vie di uscita almeno apparentemente semplici e di immediata praticabilità»⁵. Fargion ci invita a riprendere alcune riflessioni di Franca Olivetti Manoukian la quale, nei suoi interventi, segnalava i “rischi di attivismo” del Servizio sociale. La questione, prosegue Fargion, è che le situazioni di disagio e sofferenza ci turbano, suscitano ansia e squilibrio, inducendoci a porre in essere risposte immediate che tentano di rimettere “tutto in ordine”.

La riflessione della Fargion prosegue precisando che, mentre a uno

² Fazi L. (2015), *Servizio sociale riflessivo. Metodi e tecniche per gli operatori sociali*, FrancoAngeli, Milano, p. 58.

³ Sanicola L. (2009), *Dinamica di rete e lavoro sociale. Un metodo relazionale*, Liguori Editore, Napoli, p. 151.

⁴ Fazi L. (2015), *Servizio sociale riflessivo*, Franco Angeli, Milano, p. 60.

⁵ Fargion S. (2013), *Il metodo del servizio sociale. Riflessioni, casi e ricerche*, Carocci Faber, Roma, pp. 15-16.

sguardo esterno e superficiale «la professionalità [dell'operatore sociale] potrebbe essere plausibilmente intesa come la capacità di proporre la soluzione giusta nel minor tempo (...), tuttavia l'esperienza del Servizio sociale suggerisce che nella maggiore parte dei problemi umani questo modello non funziona: non ci possono essere vie di uscita, se non attraverso passaggi di pensiero»⁶. Il rischio, insomma, è che gli operatori sociali si percepiscano come dei “risolutori di questioni” e che agiscano senza adeguati spazi di riflessione e di pensiero.

2. Sguardi che valorizzano: dal deficit ai punti di forza

In questo cammino, è importante che l'attenzione dell'operatore sociale sia riposta su ciò che c'è: le risorse, le capacità, le attitudini, gli elementi positivi. I metodologi del lavoro sociale si riferiscono a questo approccio con il termine “*strength-centered*” cioè, “basato sui punti di forza” delle persone. L'idea centrale è che le persone sono strutturalmente «dotate di potenzialità e risorse che, talvolta, di fronte a situazioni esistenziali difficili (...) rimangono come bloccate»⁷. Un esercizio sempre necessario è quello di comporre la lista dei fattori positivi e di adoperarsi in un approfondimento attento, affinché tale lista non sia impropriamente scarna.

Uno dei punti da tenere presenti in questo lavoro è quello delle “risorse residue”. Si tratta di un aspetto che raramente è attenzionato in modo adeguato, anche perché una parte di queste risorse sono nascoste o, in alcuni casi, soltanto potenziali. Tuttavia, solo lavorando sui punti di forza, senza ovviamente dimenticare o abbandonare a sé stesse le criticità, si potrà sperare di giungere a una situazione nella quale la persona interessata riuscirà a “prendere la sua vita” tra le mani e a compiere i passi giusti verso il proprio benessere.

L'analisi dei punti di forza sarà opportuno condurla tenendo presenti le varieguate tipologie di fattori positivi che possono caratterizzare una persona. In questo ci sono di aiuto e stimolo gli studi sulle intelligenze multiple del noto psicologo statunitense Howard Gardner, secondo il quale ogni persona ha otto tipi di intelligenza, per ciascuno dei quali raggiunge livelli differenziati: intelligenza logico-matematica, intelligenza linguistica, intelligenza musicale, intelligenza spaziale, intelligenza corporeo-cinestetica, intelligenza interpersonale, intelligenza intrapersonale, intelligenza naturalistica⁸.

⁶ *Ibidem*.

⁷ Dal Pra Ponticelli M. (2010), *Nuove prospettive di Servizio sociale*, Carocci, Roma, p. 113.

⁸ Cf. Gardner H. (2005), *Educazione e sviluppo della mente. Intelligenze multiple e apprendimento*, Edizioni Erickson, Trento.

Gardner ci aiuta, quindi, a mettere in discussione i criteri di misurazione del cosiddetto “Quoziente di Intelligenza” delle persone, e ci invita a individuare quali sono le tipologie di intelligenza maggiormente sviluppate nelle persone a cui ci stiamo rivolgendo.

Un ulteriore elemento su cui riflettere, specie quando ci si trova di fronte a persone con storie di disagio grave e di lunga data, è la forza che viene dalle difficoltà. Si pensi, ad esempio, a una persona con una dipendenza cronica da eroina o a una persona senza tetto. Sono scenari nei quali è forte il rischio di classificarle velocemente come persone “*resourceless*”, prive di risorse. Invece, con uno sguardo attento, occorrerà scrutare a fondo la situazione per cogliere il “valore aggiunto” che esse attingono (o potrebbero attingere) proprio dalla tragicità dell’esperienza che si trovano a vivere. Queste persone sono, spesso, “esperte di esperienza”, ben consapevoli di quali possano essere le migliori strategie di fronteggiamento dei disagi gravi che vivono quotidianamente. Il vivere (o l’aver vissuto) in prima persona determinate criticità, l’essere passati attraverso certe vicissitudini, dota le persone di competenze esperienziali e di sensibilità altrimenti sconosciute.

Un ultimo criterio di osservazione, da tenere presente nel cogliere non solo i punti critici ma anche quelli di forza delle persone, è quello che mette attenzione alla doppia natura dei bisogni. Nel *Dizionario di Sociologia* curato da Luciano Gallino si precisa che: «secondo l’accezione più generale il termine “bisogno” denota una mancanza di determinate risorse necessarie per raggiungere uno stato di maggiore benessere o di minore malessere»⁹. Insomma, nel sentire comune, la parola “bisogno” è spesso un sinonimo della parola “problema”. Se, effettivamente, vi sono bisogni che si traducono come mancanza, come un vuoto da colmare, ve ne sono altri che si esprimono – invece – come desideri, come auspici di miglioramento per il futuro, come aspirazioni di benessere. Ecco che, mentre le carenze gridano la limitatezza dell’esistenza e la pena del vivere, i desideri spingono le persone ad alzare lo sguardo, verso le stelle. Del resto, “*de-sidera*”, cioè “dalle stelle”, è la traduzione in latino – assai evocativa – proprio della parola “desiderio”. «È interessante – segnalano Milena Diomede Canevini ed Elisabetta Neve – notare che il filo conduttore [di alcune storie di inclusione sociale] parte dai desideri espressi dalle persone e dalla disponibilità dei professionisti a credere nelle loro capacità»¹⁰. Sarà compito dell’operatore sociale porre attenzione non solo ai bisogni-mancanza ma anche ai bisogni-desiderio delle persone a cui rivolgerà la propria attenzione.

⁹ Gallino, a cura di (2006), *Dizionario di Sociologia*, Utet, Torino, pp. 72-73.

¹⁰ Diomede Canevini M., Neve E. (2017), *Etica e deontologia del Servizio sociale*, Carocci, Roma, p. 241.

3. Sguardi che non giudicano: l'approccio anti-oppressivo

Immergere lo sguardo nella vita delle persone, coglierne i desideri, le mancanze, i punti di forza e le fragilità, è un'operazione che porta sempre con sé il rischio di “finire con il pesare” – e quindi giudicare – la qualità morale delle persone. L'osservazione e la valutazione, doverose, dei comportamenti, delle circostanze, delle capacità/incapacità... delle persone può, insomma, spingere l'operatore sociale a commettere una invasione di campo, perdendo di vista il limite che separa il capire e il comprendere dall'emettere giudizi di valore¹¹, smarrendo il rispetto della loro alterità e dimenticando che tali giudizi esprimono quelle convinzioni e quegli atteggiamenti che si formano quando la conoscenza profonda delle situazioni è scarsa¹². Non è un caso che il Codice deontologico dell'assistente sociale sottolinei che il professionista: «non esprime giudizi di valore sulla persona in base alle sue caratteristiche o orientamenti»¹³.

Su questo punto, la direzione da seguire ci è offerta dallo stesso Codice deontologico dell'Assistente sociale, laddove sottolinea che il professionista: «riconosce la dignità intrinseca di tutte le persone»¹⁴. È interessante osservare che la parola “degno”, dal latino “*dignus*”, significa “meritevole”. Parlare di dignità intrinseca di una persona significa che essa, per sua stessa natura, è sempre meritevole (di stima, protezione, supporto, cura, ecc.) in modo indelebile e che nessuna condotta (ad esempio l'aver commesso dei delitti orrendi) e nessuna condizione (ad esempio l'aver dei gravissimi deficit psicofisici) ne possono cancellare questo valore. Il Codice deontologico dell'Assistente sociale precisa che, di fronte a tutto questo, il compito del professionista sociale è “riconoscere” il valore e la dignità delle persone, cioè accogliere e tutelare una dimensione che precede, che “viene prima”, dell'operatore sociale e dell'intervento istituzionale. Valore e dignità che «devono concretizzarsi nell'azione professionale dell'operatore sociale che, nel rapporto con la persona, con i gruppi sociali e la comunità non deve attivare discriminazioni»¹⁵. La persona è degna di per sé. Lo Stato e la società, per il tramite degli operatori sociali, sono chiamati a prenderne atto e a prodigarsi per tutelarla.

¹¹ Cf. Lazzari F., *Interrogarsi, ricercare, riflettere, agire*, in Lazzari F. a cura di (2008), *Servizio sociale trifocale. Le azioni e gli attori delle nuove politiche sociali*, FrancoAngeli, Milano, p. 24.

¹² Pieroni G., Dal Pra Ponticelli M. (2005), *Introduzione al Servizio sociale. Storia, principi, deontologia*, Carocci, Roma, p. 187.

¹³ *Codice deontologico dell'Assistente sociale*, art. 9.

¹⁴ *Ivi*, art. 5.

¹⁵ Cf. Pieroni G., *Deontologia e responsabilità professionali*, in Filippini Simonetta a cura di (2020), *Nuovo codice deontologico dell'Assistente sociale: le responsabilità professionali*, Carocci, Roma, p. 67.

Questo discorso si contrappone a una concezione, assai diffusa nel passato e oggi rievocata da alcune spinte culturali neoliberiste, secondo la quale gli utenti del Servizio sociale sarebbero persone caratterizzate da un difetto morale, cioè da qualcosa che ne riduce l'essere meritevoli, l'essere degni di cui sopra. Non sono rare affermazioni del tipo: «È lui che si droga! Perché lo Stato deve occuparsene?». «È un disoccupato fannullone! Perché bisogna dargli i sussidi?». «È un delinquente! Perché preoccuparsi del suo reinserimento sociale?».

Questi “modi di dire” sono l'espressione dell'atteggiamento colpevolizzante e giudicante presente in una parte del sentire comune, spesso infiammato da certe modalità giornalistiche o da taluni schieramenti politici. È assolutamente necessario che gli operatori sociali siano scevri da derive di questo tipo. Se, in astratto, sono rari gli operatori sociali che fanno propri questi “errori di sguardo”, occorre restare vigilanti, innanzitutto con sé stessi, oltre che con i colleghi, per evitare di essere disorientati dalla rabbia e dalla riprovazione suscitate da certe vicende delittuose. Non è raro, infatti, nutrire uno spontaneo risentimento verso i genitori che maltrattano pesantemente i figli, verso gli autori di reati di pedofilia o di violenza sulle donne o di sfruttamento della prostituzione. Eppure, anche queste persone sono “utenti” del Servizio sociale e anche di costoro l'operatore sociale deve riconoscere e promuovere l'intrinseca dignità.

Ben lungi dal giustificare comportamenti delittuosi che vanno chiaramente contrastati e sanzionati, gli operatori sociali sono, quindi, chiamati adare vita a un Servizio sociale anti-oppressivo¹⁶, caratterizzato da una modalità di valutazione e di intervento che non colpevolizza le persone e che, piuttosto, sa cogliere quanto le loro difficoltà e anche le loro condotte sbagliate siano il frutto di situazioni e di vicende delle quali esse sono solo parzialmente responsabili. Queste argomentazioni, sono di più facile accoglimento, quando, ad esempio, ci si riferisce alle persone disoccupate, in un contesto sociale caratterizzato da una generale difficoltà di accesso al mondo del lavoro. Diventano più “faticose” quando – come detto sopra – si pensa agli autori di delitti abominevoli come, ad esempio, al reo di pedofilia. Nonostante sia chiaro che quanto oggi questa persona compie sia fortemente causato da ciò che ha subito in passato, resta assai faticoso, per qualunque operatore dell'aiuto, custodire uno sguardo “non giudicante”.

Un'ultima considerazione riguarda la capacità di cogliere quanto le persone esposte a situazioni di disagio e di degrado subiscano una alterazione “non colpevole” della scala dei bisogni. L'esempio classico, che tanto risen-

¹⁶ Cf. Raineri M.L., Calcaterra V. (2017), *Per un social work anti-oppressivo. Riconoscere e contrastare le discriminazioni nel lavoro sui casi*, in *Lavoro Sociale*, Vol. 17(4), pp. 95-112.

timento suscita in molti operatori sociali, è quello del genitore indigente che spende i soldi del sussidio comunale per l'acquisto del telefonino d'ultimo grido, piuttosto che per provvedere a una migliore educazione e formazione dei propri figli. Uno sguardo attento, non imprigionato nella miope amplificazione di un singolo aspetto, può permettere all'operatore sociale di cogliere quanto quel telefonino abbia un forte valore simbolico (che fa "sentire" il genitore più importante, forse anche verso i propri figli, che gli permette di "percepirsi alla pari" dei conoscenti, ecc.).

Questo sguardo più profondo si basa sulla consapevolezza di quanto, nelle situazioni critiche, si alteri il normale ordine di importanza dei bisogni. Sappiamo, grazie alla scala dei bisogni di Maslow¹⁷, che – in condizioni di normalità – i bisogni sono ordinabili secondo una gerarchia a cinque livelli di importanza. Vengono innanzitutto i bisogni primari, cioè quelli fisiologici di sussistenza fisica (sete, fame, sonno...) e di sicurezza (protezione, mancanza di pericolo). Poi i bisogni sociali, come l'appartenenza (amore, amicizia, famiglia, accettazione...) e la stima (autostima, autocontrollo, realizzazione, rispetto reciproco, competenza, indipendenza). Infine, i bisogni di autorealizzazione del sé (spiritualità, bellezza, creatività, giustizia, moralità, bontà). Secondo questa scala, una persona priva del cibo potrebbe accettare, pur di sconfiggere la miseria, situazioni di lontananza da amici e famiglia (es.: il fenomeno della migrazione dai Paesi poveri). Come pure, per proteggere la propria famiglia, una persona potrebbe scegliere di commettere una ingiustizia. Questi due esempi presentano una situazione di "normalità" nel senso che esprimono un corretto ordine di importanza dei bisogni, per cui – in condizioni avverse – vengono soddisfatti innanzitutto quelli primari. Ebbene, ciò che occorre rilevare è che, in situazioni di prolungato e marcato degrado sociale, questo ordine di importanza può alterarsi. È così che l'acquisto del telefonino di lusso, rispondente ad esempio al bisogno di autostima, viene percepito dalla persona con maggiore coerenza del bisogno di avere cura della propria famiglia o di assicurarsi una alimentazione sana.

4. Sguardi resilienti: non tutto il male viene per nuocere

La resilienza è un concetto oggi molto utilizzato, anche se non sempre con la necessaria chiarezza. In fisica, indica la capacità di un corpo di resistere agli urti. Nel settore tessile indica la capacità di un tessuto di non lacerarsi di fronte a una tensione avversa e di riacquisire la forma originaria, una volta cessata la pressione. In ambito psicologico e sociale la resilienza può essere

¹⁷ Maslow A. H. (1954), *Motivation and Personality*, Harper & Row Publishers, New York.

intesa sia in senso passivo che attivo. La resilienza passiva indica la capacità delle persone di resistere alle difficoltà (definita da alcuni autori con il termine “fronteggiamento”, detto anche *coping*).

La resilienza attiva indica la capacità di fare di un trauma l’occasione “attraverso la quale” (e non “nonostante la quale”) trasformare positivamente la propria identità e accrescere la propria umanità. L’orizzonte è quello proposto da Cyrulnik nel libro del 2000 *Il dolore meraviglioso* edito da Frassinelli¹⁸ e ripreso dal *Dizionario di Servizio sociale*¹⁹, che sottolineano l’importanza di cogliere e valorizzare le dimensioni positive del percorso della persona, piuttosto che di limitarsi a contrastare o prevenire i fattori di disagio e di rischio²⁰.

Nel cortometraggio *Stella*²¹, realizzato nel 2009 da Gabriele Salvatore, viene presentata la vicenda di una donna che da bambina, a causa di un incidente seguito a un furto compiuto dalla madre, diviene orfana e mutilata. Il video, dopo aver messo in scena la dinamica dell’incidente, presenta Stella adulta come una donna realizzata sia nel lavoro (è proprietaria di un importante ristorante) che nella vita personale. Una donna che, “forte” della tragica esperienza vissuta da bambina, si lancia coraggiosamente nell’offrire occasioni di lavoro a ragazze con problemi di devianza sociale. Stella adulta è una persona che ha saputo trarre il positivo dal dramma vissuto da piccola.

La provocazione lanciata da Salvatore è molto potente. Trova eco nelle parole di un importante pedagogista africano che, nel rispondere allo sconcerto di una famiglia adottiva italiana (che, giunta in Rwanda per adottare un bimbo orfano, aveva scoperto che il piccolo aveva assistito all’uccisione – a colpi di machete – dei due genitori), li rassicurava sulla possibilità di una vita emotiva serena del bambino assicurandoli che, se amato, avrebbe ritrovato la felicità. E non solo, il pedagogista aggiungeva anche che, da grande, quel bimbo avrebbe avuto un dono particolare, una marcia in più, perché «ci sono cose che possono essere viste soltanto da occhi che hanno pianto». Li invitava, insomma, a considerare che quel drammatico episodio, se adeguatamente elaborato, sarebbe stato addirittura occasione di maggiore crescita.

Sostando ancora in ambito cinematografico, fortemente evocativo è anche il cortometraggio *The Butterfly Circus*²², diretto nel 2009 da Joshua Weigel, nel

¹⁸ Cf. Cyrulnik B. (2000), *Il dolore meraviglioso. Diventare adulti sereni superando i traumi dell’infanzia*, Frassinelli, Segrate (MI).

¹⁹ Cf. Campanini A. (2012), *Nuovo Dizionario di Servizio sociale*, Carocci, Roma, p. 517.

²⁰ Cf. Milani P., Ius M. (2010), *Sotto un cielo di stelle. Educazione, bambini e resilienza*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

²¹ Salvatore G., *Stella*, in bit.ly/3DbqOFT (26.3.2022).

²² Weigel J., *The Butterfly Circus*, in bit.ly/3urTxSU (26.3.2022).

quale Will – il protagonista senza arti, interpretato da Nick Wujcic – viene aiutato a «vedere la bellezza che può nascere dalle ceneri». Il messaggio è che, a uno sguardo attento, una condizione di menomazione può rappresentare una condizione di «vantaggio, perché più grande è la lotta, più glorioso è il trionfo». Anche il video-promo *Inclusion Makes the World More Vibrant*²³, diffuso nel 2017 da Uniting²⁴, presenta una dinamica analoga, evidenziando come il disagio emotivo di un bambino, causato dalla cecità della madre durante la visita a un museo, possa divenire la molla che fa emergere nel bambino stesso una sorprendente capacità comunicativa.

Del resto, venendo alla vita reale, a chi non è accaduto di “tirare fuori” il meglio di sé grazie a una certa difficoltà, a una particolare situazione avversa. Non è un caso, tornando all’ambito del disagio sociale, che nelle Comunità di recupero per problemi di dipendenza, vi siano ruoli che possono essere svolti solo da “chi ci è passato”, cioè da ex tossicodipendenti che, grazie alla loro esperienza, possono efficacemente accompagnare gli ospiti della Comunità.

Certo è che – tornando al pedagogista africano e a quanto leggiamo nel *Dizionario di Servizio sociale* – la resilienza attiva è una possibilità attivabile solo se, accanto alle persone, vi sono familiari o altri “tutori di resilienza” significativi, con i quali si sviluppano stabili relazioni di reciproca appartenenza. Questo riferimento ai tutori di resilienza ci ricollega alla centralità delle relazioni e dei legami in qualunque percorso di cambiamento sociale e di crescita verso il benessere, proprio e degli altri. È la presenza di alcune precise persone che, stando accanto a coloro che soffrono, dà loro la chance di reagire, traendone frutti positivi.

5. Sguardi contemplativi: liberarsi della cultura della performance

Accanto alla “forza che viene dalla debolezza” (di cui il concetto di “resilienza attiva” è un’importante sintesi) occorre, come operatori sociali, mettere a fuoco anche “la forza della debolezza”, cioè la specifica energia, la particolare vitalità posseduta dalla debolezza in quanto tale. Se la resilienza attiva è la possibilità di trarre una “capacità” da uno “svantaggio iniziale”, occorre anche saper leggere la “capacità intrinsecamente presente nell’incapacità”.

Cerchiamo di capirci con un esempio! Nel cortometraggio *The Butterfly Circus*, il protagonista (Will) riesce a diventare un acrobata compiendo tuffi

²³ Uniting, *Inclusion Makes the World More Vibrant*, in bit.ly/3tHOBdt (26.3.2022).

²⁴ Uniting è una rete di servizi socioassistenziali operante in Australia, principalmente attiva nel campo della tutela minorile e familiare e dell’inclusione delle persone con disabilità (link: unitingwa.org.au).

di particolare complessità, che gli sono possibili e diventano spettacolari proprio in virtù del suo essere privo di braccia e gambe. Si tratta di un bell'esempio – direbbe Mendez, il direttore del Circo – di «gloria che viene dalla cenere», cioè di forza sviluppatasi grazie alle difficoltà. Chiediamoci, però, come sarebbe andata la situazione se Will oltre a non avere gli arti, fosse stato anche paralizzato e, quindi, incapace di muoversi. O se la sua malformazione congenita avesse causato anche un serio ritardo intellettivo. A quel punto, è evidente, Will non sarebbe mai diventato tuffatore. Anzi, è possibile che dai suoi disagi non si sarebbe potuto far emergere alcunché. Sarebbero stati “disagi senza futuro”. Disagi... e basta!

È proprio giunti a questo punto della riflessione che diventa importante, come detto in apertura, comprendere a fondo cos'è la “forza della debolezza”. Può essere utile un brevissimo filmato realizzato da Mondadori sull'arte della fragilità²⁵, ispirato all'omonimo libro di Alessandro D'Avenia²⁶. Il protagonista è un anziano professore universitario che, in una sorta di testamento di fine insegnamento, parla ai suoi allievi della forza della fragilità: «gli esseri umani – dice – sono briciole... ma con il cuore pieno di pace... la fragilità permette di scoprire la meraviglia... il riconoscersi piccoli ci fa percepire l'infinito... è l'ostacolo che ci consente di svelare quello che si trova al di là». Il concetto è chiaro: ci sono limiti che aprono altri orizzonti... smontata l'illusione della forza e dell'efficienza, si dischiudono al cuore e alla mente dell'uomo orizzonti nuovi, prima nascosti. «La vulnerabilità – conclude il professore – è l'arma più potente».

Da questi stimoli, emerge un quesito rivolto a ogni operatore sociale e, in generale, a ogni persona: «come ci si pone di fronte alla fragilità?». Come la si guarda? La cultura della performance di cui la società odierna è intrisa, vede tutti d'accordo nell'affidare agli operatori sociali il compito di contribuire al rafforzamento delle capacità delle persone. Come – però – occorra porsi quando ci si trova a fianco a persone che non hanno alcuna possibilità di successo, è molto meno chiaro. Nel viaggio delle “professioni dell'aiuto”, occorre stare attenti a non smarrire il senso e il valore della debolezza, condizione necessaria per “avere cura” delle persone, anche di fronte a mali “incurabili”.

Un interessante libretto pubblicato nel 2021 dalle Edizioni Sempre ci accompagna per mano nel cuore della questione. L'autore si chiama Luca Russo. Con la sua famiglia vive nei pressi di Assisi in una casa che accoglie bambini affetti da malattie neurologiche gravi. Il titolo del libretto, fortemente evocativo, è *Quanta bellezza*²⁷. E il sottotitolo, più descrittivo, è

²⁵ Mondadori, *L'arte di essere fragili*, in bit.ly/3tH4yQS (27.3.2022).

²⁶ D'Avenia A. (2016), *L'arte di essere fragili*, Mondadori, Milano.

²⁷ Russo L. (2021), *Quanta bellezza. Elogio dei corpi fragili e cultura della cura*, Sempre Edizioni, Rimini.

Elogio del corpo fragile e cultura della cura. In questo bel testo, l'autore, a un certo punto si interroga su quale sia il peso specifico della vita umana. Scrive così: «Le persone fragilissime non ridono, non piangono, non vedono, non camminano, non parlano (...) c'è davvero poco da mettere sulla bilancia!». Qual è il loro specifico? Qual è la consistenza e il valore di queste persone apparentemente “senza peso”?». È una domanda di assoluta importanza, non rispondere equivarrebbe a perdere il senso dell'aver di cura.

Qui Luca Russo offre un'apertura formidabile, che non nasce solo da studi o teorie, ma anche da una quotidianità vissuta “facendo famiglia” con questi bimbeti gravemente fragili. Scrivendo una lettera immaginaria a una delle bambine accolte, le dice: «Cara Agnese, hai preteso cure, senza imposizioni. Hai dettato tempi, senza turbamenti. Solo la docilità si addice a colloquiare con te. Non c'è altro modo per rispondere alla tua esagerata debolezza, se non la tenerezza. E come ogni vero dono, non ci risparmi lo scompiglio e lo sconcerto. Ci disorienti, perché sei eccelsa. Scombinati programmi e previsioni. Il mio cuore stringi nella tua vita piccola, quasi a trovar riparo, la nostra esistenza nella tua».

Russo ci aiuta a comprendere che: «la storia debole che attraversa la vita di un altro non lascia mai impassibili»; che «la debolezza inaudita di tante creature ha impugnato i cuori di migliaia di forti, piegandoli alla tenerezza»; che «storie di carrozzine e disabilità, di epilessie, di sondini e di alimentazioni artificiali, attraversando la vita dei “sani” hanno lasciato strascichi di inedito candore» e che «la condivisione dei forti con i più fragili genera una mistica confusione, per cui i grandi si confondono con i piccoli, in una comunione di differenze che ha il sapore della misericordia». Ecco qui, messi ben in evidenza, i parametri per misurare il peso specifico della fragilità: «la conversione delle vite violente, la purezza del cuore, la misericordia».

Le persone con disabilità psichica, diceva Jean Vanier, fondatore dell'Arca, «cambiano il cuore» di chi le incontra. E Oreste Benzi, fondatore di APG23, definiva le persone fragili «ancore di umanità», capaci di liberare gli uomini e le donne del nostro tempo dal vuoto della società io-centrica²⁸. Non è un caso se le CEC-Comunità Educanti con i Carcerati, ideate da Benzi come sistema detentivo alternativo al carcere, propongono come attività riabilitativa per i detenuti quella di dedicarsi all'aver cura di persone con disabilità fisiche o psichiche. Fa molto riflettere il fatto che coloro che completano il percorso nelle CEC hanno un tasso di recidiva (cioè commettono nuovamente un reato) cinque volte più basso di coloro che scontano la detenzione in un normale istituto di pena.

Ritorniamo al video-promo *Inclusion Makes the World More Vibrant*. Il

²⁸ Cf. Beck U. (2021), *La società globale del rischio*, Asterios, Trieste.

titolo è apparentemente errato: «l'inclusione rende il mondo più vibrante». Stando al comune modo di intendere e di vedere il disagio, dovremmo dire: «l'inclusione rende la vita delle persone “disagiate”, più vibrante»». E, invece, no! Il titolo capovolge la prospettiva. Lo sguardo viene capovolto: i beneficiari dell'inclusione sono gli altri, i cosiddetti sani.

Tutto questo richiede la maturazione di uno sguardo contemplativo: quello che vede petali di rosa dove altri notano solo spine, che scorge «la bellezza che non conosce disfacimento, nucleo primo e inviolabile»²⁹. Le mille situazioni nelle quali gli operatori sociali si trovano a diretto contatto con persone “non curabili”, affette da patologie e drammi dai quali non è possibile uscire, chiedono di saper vedere la bellezza nascosta nelle pieghe delle vite sofferenti.

6. Sguardi di prossimità: «Chiamatemi per nome»

Giunti a questo punto, si potrebbe incorrere nel rischio di attribuire a queste indicazioni un valore “poetico”, bello ma distante dalla crudezza della quotidianità. Come si fa a contemplare una situazione di disagio grave e senza rimedio? La domanda non è peregrina e impone una risposta concreta, eccola: «lo sguardo sulle ferite dell'altro è capace di contemplazione soltanto se è uno sguardo “da vicino”, uno sguardo di “prossimità”».

Per ben intenderci, ricorriamo anche qui a un breve video³⁰. Si tratta di un servizio giornalistico, pubblicato sul sito del quotidiano *La Repubblica*, per denunciare le carenze del sistema di assistenza scolastica dei bambini con disabilità in Lazio. Il tema posto dal video è di grande importanza e chiama in gioco questioni fondamentali quali l'integrazione sociale (e in questo caso scolastica) dei minorenni, la carenza delle risorse umane ed economiche, ecc.

Rimandando ai capitoli sullo stile modificativo dell'operatore sociale, la riflessione relative alle politiche, alle misure, ai servizi e agli interventi che andrebbero realizzati, dal Servizio sociale professionale, per favorire una maggiore e più adeguata copertura del fabbisogno di assistenza della popolazione minorile, soffermiamoci qui a riflettere sullo sguardo contemplativo chiesto agli operatori sociali. Nel videoservizio giornalistico, le madri intervistate, quando parlano dei loro figli, distinguono quello che “hanno” da quello che “sono”. Dicono che i loro figli hanno un ritardo psico-motorio, hanno una mutazione genetica, hanno una malattia rara... e dicono anche che i loro figli sono amabili, sono allegri, sono desiderosi di imparare, sono pieni di energie, ecc.

²⁹ Mencarelli D. (2018), *La casa degli sguardi*, Mondadori, Milano, p. 186.

³⁰ *La Repubblica*, *I nostri bambini disabili lasciati senza assistenza. Così la scuola li discrimina*, in bit.ly/36NoSXR (27.3.2022).

Se si ascoltasse soltanto la parte delle interviste nelle quali le madri dicono “chi sono” i loro figli, non si percepirebbe, neanche minimamente, che stanno parlando di bambini con disabilità. Perché ne parlano così? Perché la loro vicinanza ai propri bambini, il profondo e viscerale legame che esse hanno con loro, glieli fa sentire come un grande dono, come una perla preziosa, indipendentemente dalle problematiche sanitarie che li caratterizzano.

È qui che gli operatori sociali sono chiamati a interrogarsi: da quale distanza vedono le persone portatrici di disturbi e di disabilità? Quanto il loro sguardo è intriso di prossimità e di contatto? Sono sguardi “vicini”, capaci di cogliere l’unicità, la preziosità, la bellezza, al di là dei deficit delle problematiche? Lo sguardo che sa cogliere la preziosità delle persone fragili non è attivabile da lontano. Se la distanza è eccessiva, il pensiero e l’attenzione restano facilmente “intrappolati” dalla problematica e dalla sofferenza che da essa scaturisce... Quel che si attiva è più facilmente un senso di compassione, in sé sano e orientato positivamente, ma che rischia, comunque, di impedire di vedere e gustare la bellezza dell’altro, al di là dei suoi deficit e delle sue malformazioni.

L’anno scorso una laureanda in Servizio sociale ha messo in circolo il testo di una lettera aperta, scritta dal papà di un bambino con disabilità. È un breve testo che fa molto pensare: «Non voglio più essere conosciuto per ciò che ho ma per quello che sono: una persona come tante altre. Chiamatemi per nome anch’io ho un volto, un sorriso, un pianto una gioia da condividere. Anch’io ho pensieri, fantasia, voglia di volare. Chiamatemi per nome, non più portatore di handicap, disabile, handicappato, cieco, sordo, cerebroleso, spastico, tetraplegico. Forse usate chiamare gli altri: “portatore di occhi castani” oppure “inabile a cantare” o ancora: “miope e presbite?”. Per favore. Abbiate il coraggio della novità. Abbiate occhi nuovi per scoprire che, prima di tutto, io “sono”. Chiamatemi per nome»³¹.

“Chiamare per nome” significa incontrarsi con la persona e non con il suo problema. Significa avere «la consapevolezza di non poter disporre di un punto di vista totalmente esterno»³². Significa coglierne innanzitutto la ricchezza e la bellezza. Attenzione, all’avverbio “innanzitutto”! Non “anche” la ricchezza e la bellezza. “Innanzitutto” vuol dire che le persone vanno prima incontrate, in quanto persone, e poi, eventualmente, assistite, sostenute e accompagnate. Assisterle senza incontrarle sarebbe, sia per il beneficiario delle azioni di supporto che per gli stessi operatori sociali, la peggiore delle alienazioni. Sarebbe qualcosa di personalizzante, di distruttivo.

³¹ Il papà autore di questa lettera si chiama Gianni, e suo figlio Benedetto. Sono di Siena e fanno parte dell’associazione “Sesto senso” (www.associazionesestosenso.it).

³² Campanini A. (2022), *L’intervento sistemico. Un modello operativo per il servizio sociale*, Carocci, Roma, p. 154.

“Chiamare per nome” significa anche che si tratta di incontri ravvicinati, prossimi, coinvolgenti... È interessante osservare l’importanza che nella cultura antica veniva dato al nome. Ad esempio, nel libro del Qoelet, del IV secolo a.C., troviamo scritto che “senza il nome non si esiste”. E nel libro di Giobbe, ancora più antico (probabilmente del VI secolo a.C.), leggiamo che senza nome un uomo non vale nulla. “Chiamare per nome” significa, in ultima analisi, riconoscere e dichiarare la dignità della persona, affermarne e valorizzarne – da vicino – l’insondabile e infinita dignità.

4. Dimensione relazionale delle cure: tra empatia e resilienza

di Marilena Di Lollo

1. Cura è ciò che scalda il cuore. La dimensione relazionale diventa fattore terapeutico

Il tema dell'umanizzazione delle cure interroga i professionisti dell'aiuto rispetto all'esigenza di sperimentare nuovi approcci che permettono di affrontare la sofferenza, ponendo al centro di ogni intervento l'individuo nella sua complessità. Una visione olistica che ha come incipit il benessere inteso nella sua accezione completa, ciò implica il funzionamento ottimale del corpo, della mente e dello spirito, in una relazione reciproca e armonica tra essi e il contesto con cui si interfacciano. L'approccio umanistico-esistenziale considera ogni persona portavoce di pensieri ed emozioni uniche, in base alle quali costruiscono i propri significati e orientano le proprie scelte. Ciò che occorre tenere sempre a mente è che ogni persona con cui ci si rapporta ha una sua storia carica di vissuti, desideri e speranze.

Per prendersi cura dell'Altro è necessario comprendere cosa sta provando, entrare nel suo spazio, sintonizzarsi con i suoi stati d'animo, assumere la capacità «di entrare all'interno dell'esperienza [...] o di comprendere oggetti o emozioni al di fuori di noi stessi»¹ e «di partecipare ai sentimenti o alle idee degli altri»², con uno sguardo attento, mai giudicante e di orecchie che “ascoltano” oltre il semplice udire.

La locuzione cura ha il significato di guarigione che può essere intesa sì, in termini somatici, ma in latino *coera* rinvia a *cor*: *quod cor urat*, “ciò che

¹ Oxford English Dictionary, in Giusti E. e Locatelli M. (2000). *L'empatia integrata: analisi umanistica del comportamento motivazionale nella clinica e nella formazione*. Sovera, Roma, p. 13.

² New Merriam-Webster Dictionary, in Giusti. E and Locatelli M. (2000). *L'empatia integrata: analisi umanistica del comportamento motivazionale nella clinica e nella formazione*. Sovera, Roma, pp. 13-14.

scalda il cuore”, che nell’accezione heideggeriana³ porta in sé il senso di preoccupazione per l’Altro, come qualcosa di cui occuparsi, di “prendere in cura”, come fine autentico dell’esistenza umana. Spingendoci oltre, volendo recuperare gli insegnamenti di Paracelso, il fondamento della cura è quello di “tendere la mano verso l’Altro”, una disponibilità relazionale che andrebbe recuperata affinché la malattia diventi solo una parte della persona, non la totalità (*take care global*).

La dimensione relazionale diventa fattore terapeutico di notevole impatto sulla cura e, nello stesso tempo accompagna il professionista alla riscoperta del compito etico di ritrovare il senso della relazione umana. Un approccio di questo tipo, che supera quello classico “procedurale” alla malattia, introduce a sistemi di valorizzazione delle relazioni umane propedeutiche ad un comportamento del curato e del curante, indirizzato ad uno stato di benessere bio-psico-sociale.

Vale la pena accennare, seppur brevemente e senza pretesa di completezza, al “gruppo Balint”⁴ uno specifico percorso di formazione finalizzato a potenziare le skills dei medici all’approccio relazionale con i pazienti come fattore terapeutico. Il metodo si basa sulle ipotesi preliminari secondo cui:

- è il medico stesso il farmaco principale da somministrare al paziente;
- la scarsa attenzione alla relazione medico-paziente è fonte primaria di ansie, errori diagnostici e terapeutici. Il medico deve essere in grado di assumere la consapevolezza che la relazione con il paziente è parte dell’atto diagnostico e dell’atto di cura.

Il risultato che si attesta rispetto al metodo di Michael Balint è – tra quelli che qui ci interessa maggiormente – il miglioramento dell’efficacia della comunicazione “esperto – paziente” e a favore di un sistema “più umano” di erogazione delle cure, in cui l’aspetto cruciale della dinamica intersoggettiva è di riuscire «a fornire una atmosfera ben definibile di atteggiamenti psicologici facilitatori»⁵ di accoglienza del proprio e dell’altrui vissuto, come concreta opportunità di vivere una relazione di cura autentica.

2. Empatia e dintorni

Empatia: capacità che permette di cogliere l’essenza della percezione dei vissuti dell’Altro, rimanendo presente a sé stessi riuscendo a gestire le reci-

³ Filosofo tedesco.

⁴ Burton J., Launer J. (2003), *Supervision and Support in Primary Care*, Radcliffe Medical Press, London.

⁵ Rogers C.R. (1980), *A way of being*, Houghton Mifflin Company, Boston (traduzione italiana: *Un modo di essere*, Martinelli Editore, Firenze 1983).

proche emozioni. Il termine empatia negli ultimi anni è diventato molto popolare, viene utilizzato nel linguaggio comune per indicare la sincronia emotiva del “mettersi nei panni dell’Altro”, ma cosa significa esattamente “essere empatici”? La studiosa ricercatrice Brené Brown, autrice di numerosi podcast, in un simpatico corto animato racchiude in quattro punti la capacità di essere empatici: riconoscere che il punto di vista dell’Altro rappresenta la sua verità, astenersi da qualsiasi forma di giudizio, riconoscere le emozioni dell’Altro comunicarglielo. Si tratta di una propensione che equivale ad entrare in contatto forte e profondo con un’altra persona nel tentativo di comprendere le sue comunicazioni all’interno del suo quadro di riferimento, una scelta coraggiosa, che certamente interroga le nostre emozioni e ci rende vulnerabili.

Se “essere empatici” è diventato molto di moda negli ultimi decenni, in realtà già nell’antica Grecia i principali effetti dell’empatia erano noti. Platone e Aristotele erano ben consapevoli dello stato di identificazione che le rappresentazioni teatrali di opere tragiche scaturivano nello spettatore: «la sofferenza recitata dall’attore diventava il patimento della tribuna in una sorta di immedesimazione dello stato d’animo rappresentato sul palcoscenico»⁶. Un po’ come accade oggi davanti a un film o a una serie tv, ci sintonizziamo con lo stato d’animo del protagonista tanto da gioire e soffrire insieme a lui. Siamo davvero sicuri si tratti di “empatia”? O piuttosto equivochiamo il termine con quei concetti che le studiose Tania Singer e Claus Lamm chiamano “sorelle maggiori e minori” dell’empatia? Contagio emotivo e mimica le prime, compassione e simpatia le seconde⁷. Vedremo più avanti le differenze tra questi fenomeni interconnessi con l’esperienza empatica e il processo relazionale di comprendere i vissuti emotivi dell’Altro.

Dobbiamo arrivare verso la seconda metà del Settecento per avere un significato più vicino a quello che oggi attribuiamo al concetto di “empatia”. Il termine in questione è *Empfindung*, “sentire dentro”. In tedesco il verbo *fühlen* ha un duplice significato: andare a tentoni e avvertire delle impressioni nell’animo. Il primo a farne riferimento è stato Robert Vischer (1872), che introdusse il termine nel campo dell’arte e della riflessione estetica per descrivere «la capacità di percepire la natura esterna, come interna, appartenente al nostro stesso corpo»⁸. Secondo Vischer, l’individuo, nel momento in cui percepisce un oggetto della natura, trasferisce il suo essere naturale nel suo valore simbolico, corrispondente alla interazione tra natura e fantasia, quasi l’oggetto naturale potesse in qualche modo influire sulle emozioni della persona.

⁶ Pinotti A. (2011), *Empatia: storia di un’idea da Platone al postumano*, Laterza, Roma.

⁷ Singer T., Lamm C., (2009), *The Social Neuroscience of Empathy*, Annals New York Academy of Sciences, vol. 1156: 81/96.

⁸ Vischer R., (2003) *Sul sentimento ottico della forma*, in R. Vischer, F.T. Vischer, *Simbolo e forma*, Aragno, Torino.

La prima teoria scientifica sull’Einfühlung (Lipps) descrive l’esperienza empatica come funzione psicologica che produce imitazione interna attraverso un processo di immedesimazione con l’esterno. Siamo ancora nel campo dell’arte e per spiegare il suo pensiero, Lipps ricorre al celeberrimo esempio in cui un individuo, davanti ad una colonna che regge un architrave, sarà indotto ad una inconsapevole sensazione di pressione fisica che si traduce nell’assunzione di una posizione eretta.

Nel 1917 E. Stein condusse uno studio fenomenologico sull’Empatia come il processo che porta all’intersoggettività. Solo molti anni più tardi è stato ricoperto di autorevolezza scientifica che lo rende tuttora attuale. L’Empatia, secondo la Stein, non è un processo di immedesimazione delle gioie e dei dolori altrui, azione definita “Unipatia”, ma piuttosto un atto rispetto ad una relazione in cui i soggetti restano distinti, l’uno non si abbandona nel dolore dell’Altro:

Io incontro il dolore direttamente nel luogo in cui è al suo posto, presso l’altro, l’altra che lo prova, magari lo esprime nei tratti del volto o lo comunica in altri modi. Non mi abbandono in lei o in lui né proietto o trasferisco le mie qualità. Empatia è un’esperienza specifica, non una conoscenza più o meno probabile o congetturale del vissuto altrui. Empatia è acquisizione emotiva della realtà del sentire altrui: si rende così evidente che esiste altro e si rende evidente a me stessa che anch’io sono altra. Empatia è allora amore per la sua struttura, è il viverci in relazione⁹.

Secondo la Stein, l’empatia è il culmine del processo conoscitivo tra esseri umani e ha due grandi nemici: il giudizio, inteso come la concettualizzazione razionale dell’altrui vissuto che sfocia spesso volte in opinioni e l’immedesimazione, l’atto di confondere il dolore dell’altro con il proprio. Lo stato emotivo dell’Altro, secondo il pensiero della Stein, resta il suo stato d’animo, sintonizzarsi e comprenderlo non significa assumerlo come proprio, diventa l’oggetto dell’atto empatico ma resta un vissuto non-originario. Oggettivare il dolore dell’Altro significa vederlo emergere, portarlo dentro di sé e, una volta arricchito da questa esperienza, diventa quel punto di connessione e di incontro tra i soggetti coinvolti, su cui lavorare insieme e alla giusta distanza (o vicinanza).

Le diverse accezioni del concetto di “empatia” e l’uso inesatto del termine rendono doveroso operare una distinzione rispetto ai fenomeni ad esso interconnessi.

Simpatia. Il primo distinguo è tra empatia e simpatia che, seppur collegate alla dimensione relazionale, rappresentano un approccio esperienziale pro-

⁹ Masera G., *I Luoghi della Cura*, ANNO V – N. 3 – (2007), *L’empatia in Edith Stein: la giusta distanza per essere accanto all’altro*, Edizioni Internazionali, Roma.

fondamente diverso. Lauren Wispé sostiene si tratti di due processi psicologici distinti, le cui peculiarità non dovrebbero essere confuse. Simpatizzare significa essere consapevole della difficile condizione in cui versa l'Altro, una condizione vissuta come qualcosa da alleviare e ciò ha a che fare con una risposta in termini di attivazione. Il verbo empatizzare si riferisce al tentativo di un sé autocosciente di comprendere le esperienze soggettive di un altro¹⁰, riconducibile alla conoscenza delle proprie e delle altrui emozioni. Stephen Darwall parla di:

- “empatia dello stato mentale” come capacità di comprendere gli stati dell'Altro in cui non è necessaria una conformità di sentimenti;
- “simpatia per la situazione dell'Altro” come interesse nel prendersi cura dell'altra persona, desiderando il suo benessere.

Per spiegare la differenza tra i due concetti può essere utile fare un esempio. Immaginiamo di trovarci in auto assieme ad un caro amico, particolarmente adirato perché un ciclista rallenta la sua marcia e aumenta il ritardo al suo appuntamento. Empatizziamo con lui sintonizzandoci col suo stato mentale, comprendiamo la sua preoccupazione ma questo non significa che ci sentiamo necessariamente ingaggiati (*off-line*). È altamente probabile che non simpatizzeremo assumendo il suo stato d'animo su di noi, poiché troviamo che la sua ira nei confronti del ciclista sia ingiustificata.

Una successiva differenziazione proposta da Darwall è quella in merito a tre diversi stadi dell'empatia: un livello base in cui ci si limita a comprendere lo stato emotivo dell'Altro, un livello più avanzato di empatia protosimpatica in cui la sintonizzazione con lo stato d'animo di un'altra persona è di immedesimazione tale per cui si provano le emozioni altrui come se fossero proprie. Un ultimo e più profondo stadio, quello in cui si innesca un sentimento di “simpatia” (*well-being*), una sorta di progressione evolutiva che non sempre raggiunge il terzo step e si blocca a stadi intermedi del processo¹¹. L'elemento imprescindibile che caratterizza il sentimento simpatico è la minaccia allo stato di benessere di un individuo e interroga la preoccupazione con conseguente attivazione per ripristinare lo stato di welfare dell'Altro. Prendiamo sempre ad esempio il nostro caro “amico” che questa volta durante una passeggiata si accinge ad imboccare un incrocio pedonale, distratto da una conversazione telefonica, non si rende conto che sta attraversando con il semaforo rosso. Lo stato di pericolo in cui versa il nostro amico interpella sia la preoccupazione di evitare un grave incidente che mina lo stato di ben-

¹⁰ Wispé L. (1986), *The Distinction Between Sympathy and Empathy: To Call Forth a Concept, A Word Is Needed*, Journal of Personality and Social Psychology, 50(2).

¹¹ Philosophical Studies: An International Journal for Philosophy in the Analytic Tradition, 89, 2/3, *The American Philosophical Association Pacific Division Meeting 1997* (Mar. 1998), pp. 261-282.

essere di quella persona (del nostro amico, ma di chiunque si fosse trovato al suo posto), sia il bene che vogliamo a quella persona. Questo esempio apre un ulteriore scenario in cui Darwell delinea una distinzione rispetto a un giudizio di valore che si muove su un asse che va da una posizione “personale” a una “neutrale”. Desiderare che il nostro amico si salvi dal paventato incidente ha un valore che si muove sul “personale” nella misura in cui vogliamo che si salvi per il “bene” che gli vogliamo, a un valore neutrale nella misura in cui ciascuno al posto nostro desidererebbe la stessa cosa per una qualsiasi persona che si trovi in una situazione di pericolo. Su questo asse è individuabile la spersonalizzazione alla base del nesso esistente tra empatia e sentimento altruistico, che spinge energie nella direzione del bene comune. D’altro canto, Rizzolatti mostra l’empatia come

«una pratica solidale e positiva: so che tu non puoi fare a meno di me perché io non posso fare a meno di te. Una pratica perfettamente iscritta nel tessuto cognitivo, che la società può solo esaltare o deprimere»¹².

Mimica. La mimica è un processo automatico ed inconsapevole di sincronizzazione, delle espressioni e movimenti, con altre persone. Tutti noi inconsapevolmente imitiamo le emozioni mostrate dagli altri attraverso una mimica motoria del volto, della voce, dei gesti e di altri segnali non verbali. Attraverso questa imitazione l’individuo ricrea in sé lo stato d’animo dell’Altro¹³. Uno studio condotto nel 2002 ha messo in evidenza la relazione tra reazioni di mimetismo facciale (rilevata con elettromiografia) e sentimenti riportati dai soggetti esposti alla visione di immagini di volti arrabbiati, o viceversa, felici.

I soggetti del gruppo “ad alta empatia” hanno mostrato un più alto grado di comportamento mimico, mentre i soggetti del gruppo a bassa empatia hanno mostrato reazioni muscolari zigomatiche inverse: “sorrivano” quando venivano esposti a volti arrabbiati¹⁴. Possiamo sicuramente affermare che il riconoscimento dei segnali non verbali dell’interlocutore è condizione preliminare per il processo empatico (Mayer, 1990) ma non sufficiente ad innescare meccanismi di abilità sociali (Goleman, 2007) che favoriscono e moltiplicano le interazioni e soprattutto la possibilità di stimolare risposte adeguate.

Contagio emotivo. In ogni scambio relazionale attiviamo segnali che influenzano le persone con le quali ci troviamo. In passato denominato come

¹² Rizzolatti G., Gnoli A., (2018), *In te mi specchio: per una scienza dell’empatia*, BUR Rizzoli, Milano, p. 19.

¹³ Goleman D. (2007), *Intelligenza Emotiva*, RCS Libri, Milano, p. 145.

¹⁴ Sonnyby-Borgström, M., Jönsson, P. & Svensson, O. (2003), Emotional Empathy as Related to Mimicry Reactions at Different Levels of Information Processing. *Journal of Nonverbal Behavior*.

“empatia primitiva” il contagio emotivo è un processo, anche in questo caso inconsapevole e automatico, che permette di cogliere le emozioni degli altri. Hoffman nel 1987 scoprì che quando siamo spettatori di un’emozione altrui, tendiamo ad attivare un meccanismo di imitazione motoria che plasma il nostro corpo su quello dell’interlocutore. Questo processo non si limita ad una mera automazione fisica, crea altresì un effetto di ritorno emotivo per il quale “sentiamo” noi stessi l’emozione che abbiamo osservato nell’Altro. Pensiamo, ad esempio, quando la persona con la quale stiamo conversando ci rivolge un sorriso. Per imitazione motoria a nostra volta sorrideremo, ma l’attivazione non si limiterà alla mera espressione facciale, ci accorgeremo di provare una sensazione piacevole, attivata da quel reciproco sorriso. L’innescò più elementare di contagio emotivo è quello tipico dei bambini durante la prima infanzia, età in cui riconoscono e condividono immediatamente le emozioni, annullando le differenze tra i vissuti emotivi propri e quelli dell’altra persona. Per questo motivo, anche il contagio emotivo, così come “le altre sorelle minori” dell’empatia, non può essere considerato sinonimo del termine. Nonostante sia un processo che contribuisce ad innescare una risposta empatica è manchevole della auto-consapevolezza delle proprie emozioni.

3. Lo sviluppo morale e sociale: traiettorie di attivazione dei processi empatici

Parafrasando Decety, l’empatia rappresenta un meccanismo biologico legato alle relazioni sociali, frutto dell’evoluzione, senza la quale non saremmo capaci di realizzare un rapporto umano. Egli sostiene che nel nostro cervello ci sono delle strutture in grado di elaborare competenze empatiche di base connesse a funzioni primordiali di attaccamento sociale, di comunicazione e cura parentale. Da queste strutture si costruiscono e sviluppano forme più complesse e raffinate di attivazione consapevole di connessione emotiva con la situazione di un’altra persona e intesa come una delle possibili motivazioni di azioni moralmente orientate¹⁵.

Secondo lo studioso Martin Hoffman, la capacità empatica, seppur su base innata, si modifica durante lo sviluppo ed è legata alla cognizione morale rispetto a tre dimensioni:

- affettiva, la partecipazione allo stato emotivo altrui;
- cognitiva, capacità di cogliere le emozioni dell’altro come un’entità separata da sé e applicare una distinzione tra il proprio punto di vista e quello

¹⁵ Decety J., Lamm C. (2006), Human empathy through the lens of social neuroscience. *Scientific World Journal*, 6, 1146–1163.

di un altro, assumendo quest'ultimo consapevolmente secondo un processo di *perspective taking* (assunzione di prospettiva);

- motivazionale, dalla quale nasce la motivazione ad aiutare l'altro, spinta da quel legame empatico formatosi su un piano emotivo condiviso.

Hoffman ha dimostrato che il comportamento empatico interessa tutti gli stadi dello sviluppo umano e, attraverso il passaggio di cinque diversi stadi, l'individuo arriva ad essere socialmente "formato".

Stadio Zero. Hoffman sostiene che l'empatia è un'abilità posseduta – a livello emotivo – già nei primissimi giorni di vita e lo sviluppo delle capacità cognitive ne modificano, amplificandone, la capacità. È uno stadio immediatamente riscontrabile nell'esperienza di un neonato che ascolta il pianto di un altro bambino: attraverso un meccanismo primitivo di imitazione si attiva un vero e proprio contagio emotivo, il bambino a sua volta piangerà, inconsapevole delle proprie emozioni.

Stadio Uno. Il primo stadio, detto anche dell'empatia egocentrica¹⁶, si verifica attorno ai sei mesi di vita quando il bambino che assiste al pianto di un altro coetaneo, diversamente dallo stadio precedente non piangerà a sua volta, reagirà alla sofferenza a cui assiste cercando la protezione di un adulto. Questo comportamento evidenzia che, seppure entrato in sintonia con le emozioni di un altro, il bambino cerca di consolare innanzitutto sé stesso.

Stadio Due, dell'empatia quasi egocentrica¹⁷. Attorno all'età di un anno, Hoffman descrive comportamenti del bambino connotati da comportamenti morali indirizzati a "prendersi cura dell'Altro", seppur con risultati poco efficaci. Di fronte a una situazione di difficoltà/disagio di un suo coetaneo, il bambino cercherà di consolarlo con modalità che rispecchiano il proprio punto di vista, non ancora in grado di decentrarsi, ad esempio porgendogli il suo giocattolo preferito (riproducendo il comportamento che un adulto potrebbe avere con lui, in una situazione analoga).

Stadio Tre, dell'empatia veridica¹⁸. L'individuo ha raggiunto un certo grado di maturazione delle capacità cognitive che gli permettono di discernere il proprio dall'altrui vissuto, tanto da adottare un comportamento di sostegno più conforme alle esigenze dell'Altro che alle proprie. È questo lo stadio dell'empatia già matura che continuerà a crescere e a svilupparsi per tutto l'arco della vita.

Stadio Quattro, empatia per la condizione esistenziale dell'Altro¹⁹. È lo stadio di perfezionamento massimo della capacità empatica in cui l'individuo si sintonizza con la situazione dell'Altro per un processo di "immagina-

¹⁶ Barone L. (2019), *Manuale di Psicologia Sociale*, EuroLit, Roma, p. 343.

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ *Ivi*, p. 344.

¹⁹ *Ibidem*.

zione”. Non è necessario, in questa fase, aver sperimentato la condizione di disagio specifica, l’identificazione empatica avviene sulla base della rappresentazione mentale delle condizioni di vita dell’altra persona. Benché questo ultimo stadio presupponga uno sviluppo cognitivo ordinario di un individuo adulto, la maggior parte delle persone non lo raggiungerà mai, stabilizzandosi a livello dell’empatia veridica.

4. Il processo resiliente, la riattivazione

Quando i nostri vissuti, le nostre emozioni sono validati da un’altra persona, sono cioè riconosciuti come importanti, viene soddisfatto il fondamentale bisogno dell’essere umano di sentirsi compreso. Carl Rogers scrisse che «quando le persone si sentono comprese con sensibilità ed accuratezza esse sviluppano un insieme di atteggiamenti verso sé stesse che promuovono la crescita e sono terapeutici»²⁰. Si attiva un processo di “regolazione” emotiva che consente di elaborare i vissuti secondo una naturale tendenza che porta l’individuo a implementare tutte le sue potenzialità per favorire la sua conservazione e il suo arricchimento. La letteratura scientifica sul tema della resilienza è molto ampia e propone diverse definizioni che ne mettono in luce differenti aspetti. In biologia e in fisica la resilienza è la capacità di un “sistema” di ripristinare, a seguito di un evento di deficit esterno, una condizione di equilibrio (omeostasi). In psicologia, la resilienza è la capacità di superare i traumi della vita, di uscirne rinforzati e addirittura accresciuti positivamente.

Richardson parla di “reintegrazione resiliente” per individuare quel meccanismo psicologico per il quale, partendo da un evento traumatico/stressante, si attuano processi di *appraisal*²¹ e di *coping*²² che determinano lo sviluppo delle caratteristiche resilienti²³. D’altronde il termine “resilienza” ha

²⁰ Rogers C.R. (1980), *A way of being*, Boston: Houghton Mifflin Company (traduzione italiana: *Un modo di essere*, Martinelli Editore, Firenze 1983).

²¹ Arnold, nel 1960, ha usato per prima il termine appraisal per indicare il processo cognitivo con cui l’individuo valuta se lo stimolo emotivo che percepisce può essere benefico o nocivo. In conseguenza di questa valutazione può essere attivata una tendenza all’azione.

²² Dal sito della Società Italiana di Psicologia Clinica Medica, <http://www.psicoclinica.it/il-coping>. Il termine coping deriva dal verbo inglese *to cope* = fronteggiare. Quando si parla di abilità di coping quindi ci si riferisce alle strategie mentali e comportamentali che una persona mette in atto per gestire/fronteggiare situazioni problematiche. Questo termine nasce negli anni ’60 grazie a Lazarus che se ne è occupato in relazione allo stress: un accadimento sarà percepito come fortemente stressante quanto più una persona si valuterà scarsamente adeguata a fronteggiarlo. Le capacità di coping caratterizzano l’adattamento a una situazione stressante e sono un processo dinamico atto a gestire l’equilibrio tra l’individuo e l’ambiente.

²³ Richardson G.E., Neiger B.L., Jensen S & Kumpfer K.L. (1990), *The Resiliency Model*, Health Education, 21: 6, 33-39.

origini dal latino, il verbo resilire, composto da re e salire, “saltare” si usava per indicare l’azione di “rimbalzare indietro”.

Secondo Richardson, la rottura dell’equilibrio bio-psico-spirituale è necessaria per attivare la resilienza come fattore dell’esito del processo di adattamento. In conseguenza a un trauma/minaccia, le persone provano emozioni molto dolorose (paura, senso di perdita, senso di colpa) che diventano la spinta motivazionale per ristabilire l’equilibrio iniziale. Vi è uno “spazio” di tutto il processo, in cui il turbamento conseguente al trauma induce la persona a fare una riflessione profonda su di sé, uno spazio di costruzione di senso della propria vita e dei propri obiettivi, che innesca non tanto il superamento del trauma vissuto, quanto piuttosto una riorganizzazione delle abilità e delle risorse (personali e ambientali) che precedono lo step dell’ricostruzione, potremmo dire una fase di “adattamento eco-sistemico”.

Richardson individua quattro possibili esiti alla “reintegrazione”:

- con ritorno all’omeostasi, l’individuo recupera l’equilibrio iniziale senza sviluppare capacità di resilienza;
- con crescita, l’individuo supera il momento di difficoltà attraverso un processo di crescita personale e di sviluppo delle capacità di resilienza;
- con perdita, l’individuo percepisce il trauma e non invece la forza per fronteggiarlo;
- disfunzionale, avviene quando il soggetto utilizza metodi non funzionali per gestire l’evento.

La riparazione e l’adattamento sono i due fattori del processo resiliente, costruito introdotto negli ultimi decenni del Secolo scorso in uno studio di Werner e Smith in cui, per la prima volta, comparve il termine *resilience*.

Il gruppo di ricerca dell’Università della California, guidato da Emma Werner²⁴, condusse uno studio longitudinale che durò 30 anni, su circa 700 neonati dell’isola di Kauai (Hawaii). Secondo le previsioni della psicologia classica, questi bambini, esposti ad una serie di fattori di rischio di partenza (povertà, famiglie problematiche, malattia mentale, ecc.) avevano i prerequisiti per sviluppare un disagio psichico o sociale. In effetti, una buona parte del campione confermò le previsioni dei ricercatori, mostrando all’età di 18 anni serie difficoltà di apprendimento scolastico, oltre che di adattamento sociale e nell’ambito lavorativo. Ciò che smentì le previsioni iniziali furono 72 bambini che nell’età adulta risultarono ben integrati nei contesti di vita di appartenenza: avevano relazioni significative ed erano positivamente inseriti nell’ambiente di lavoro. Ciò che Werner e i suoi colleghi ebbero ad attribuire alla diversa traiettoria di una parte del campione, fu una sorta di immunità

²⁴ Werner, E.E., Ruth S. Smith (1992), *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press, New York.

agli eventi stressanti che i soggetti svilupparono grazie alla presenza, nelle loro vite, di relazioni stabili con persone positive a cui poter far riferimento. Un riscontro di questo tipo ha introdotto un nuovo filone di studi sulla conoscenza dei fattori di protezione che hanno permesso a queste persone di partire da una esperienza traumatica e trasformarla in occasione di crescita e di sviluppo delle risorse interne.

«Se io mi trovo in un'atmosfera che promuove la crescita allora sono in grado di sviluppare una fiducia profonda in me stesso, negli individui, in gruppi interi. Mi piace creare un ambiente di questo genere, in cui persone, gruppi, e perfino le piante, possono crescere» (Rogers, 1980).

Carl Roger intuì molto prima della rivoluzionaria scoperta dei neuroni a specchio che se ci sentiamo “accolti” possiamo sviluppare, specularmente, la capacità di comprenderci e di aver cura di noi e della nostra crescita personale. Non si diventa resilienti da soli!

Boris Cyrulnik, neuropsichiatra e psicanalista, attribuisce grande importanza nel processo di reazione (e neo-sviluppo) a un evento traumatico ai cosiddetti “tutori di resilienza”²⁵, figure di riferimento significative che attraverso l'interazione (relazione) permettono alle persone, come dei veri e propri catalizzatori energetici, di rimbalzare e di riprogettarsi.

Che cosa vuol dire essere un tutore di resilienza in una relazione di cura? Significa dare nuovo significato a un ruolo professionale, compiere cioè una scelta etica di rispetto e accoglienza dell'Altro fondando la relazione di cura su vissuti di empatia, autenticità e accettazione incondizionata, ben consapevoli che l'individuo ha in sé «una sorgente centrale di energia e che tale sorgente è funzione di tutto l'organismo, non solo di una sua parte»²⁶.

²⁵ Malaguti E. (2005), *Educarsi alla resilienza. Come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi*, Edizioni Erickson, Gardolo, p. 18.

²⁶ Rogers C. (1978), The formative tendency. *Journal of Humanistic Psychology*, 18, pp. 23-26.

Contributi di approfondimento

1. Dalla medicina narrativa alla robotica di prossimità. Quando la cura è l'etica

di *Fabrizia Abbate*

Vorrei iniziare il percorso di queste riflessioni con un piccolo brano tratto dal romanzo di Tommaso Avati *Il silenzio del mondo*. Più avanti ne spiegherò i motivi.

In quei giorni Laura si prese cura di sua madre. Si assicurava che non fumasse, che prendesse la pillola per la pressione che il dottore le aveva prescritto, e fissò appuntamento con un cardiologo che si era fatta consigliare da Domenico. La sera prima della visita Rosa chiese a sua figlia di non portarcela. In tutta la sua vita era stata in ospedale solo una volta, quando aveva dovuto partorire, ed era stata un'esperienza agghiacciante. Insomma preferiva rimanere a casa e curarsi lì, prendere tutte le medicine che le prescrivevano, senza farsi ricoverare perché era certa che se lo avessero fatto sarebbe morta in mezzo a tutta quella gente che non parlava la sua lingua¹.

Per chi fosse incuriosito di sapere come la storia va a finire, Rosa non andrà in ospedale, si addormenterà per sempre quella stessa notte in casa di sua figlia, e in questo modo è il destino, o la Provvidenza, a venire in soccorso di quella sua paura tanto vera perché propria dell'essere umano: la paura di non essere riconosciuta per quello che era stata fino a quel momento, di perdere l'identità, perdendo il suo mondo e la possibilità di comunicare. Occorre una precisazione: la lingua a cui si fa riferimento nel libro è quella dei "segni", perché sia Rosa che sua figlia Laura sono sorde e quel linguaggio rappresenta la loro orgogliosa resistenza identitaria nel vivere circondate da tutte le altre persone udenti dalle quali la sordità è costantemente interpretata come una *deminutio*.

Aldilà del tema che è oggetto del bel romanzo di Avati, questo passaggio narrativo ha valore per due motivi strettamente legati all'idea di etica della cura su cui vogliamo riflettere.

¹ Avati T. (2022), *Il silenzio del mondo*, Neri Pozza, Vicenza, p. 122.

Il primo riguarda il contrasto tra l'accettazione responsabile dei medicinali da parte di Rosa e il suo rifiuto di essere ricoverata. L'avversione di Rosa è, dunque, all'ospedale come ambiente da vivere, non alla medicina insé o alla scienza come possibilità di cura del corpo; in questo senso la familiarità della casa fa da contrappunto all'estraneità dell'ambiente ospedaliero. Il secondo motivo riguarda la permanenza dell'identità personale nel mondo relazionale del linguaggio, della possibilità di comunicazione che fa esistere la soggettività stessa nel riconoscimento reciproco (in questo senso, c'è poca differenza tra la lingua dei segni e la lingua degli udenti, perché la posta etica in gioco è legata al fattore ontologico dello scambio comunicativo). Entrambi i motivi sono legati ai tempi di questa storia che Avati ci racconta: Rosa non fa in tempo ad andare in ospedale, perché si congeda dalla vita prima ancora del ricovero, durante la notte, nella sua camera da letto, e sarà la figlia ad accorgersi la mattina di quanto avvenuto, perché non la trova in cucina a preparare la colazione come tutti i giorni.

Per fare una sintesi, stiamo parlando di esistenze nella loro singolarità, di temporalità e di intersoggettività, ovvero di aspetti narrativi che ritroviamo ogni giorno nella pratica clinica e non solo in letteratura. «Nella cura ci basiamo sulla narrazione più di quanto si creda: abbiamo una grande attenzione verso gli aspetti temporali della vita, ci impegniamo a descrivere il particolare, cerchiamo di scoprire una trama dietro gli eventi (anche se spesso sono dovuti al caso), abbiamo consapevolezza dell'etica e delle relazioni», scrive Rita Charon, medico internista che dirige il programma di Medicina Narrativa alla Columbia University di New York². In questo senso, il legame della narrazione con l'etica della cura si fa meno astratto di quanto si possa pensare, e soprattutto la filosofia morale può farsene carico e dare il suo contributo. La malattia accade, a un certo momento e in certo luogo, e ad ognuno, che si trova a gestirla con altri: già solo questi pochi elementi ci portano al cuore del discorso etico.

1. Il tempo vissuto nella cura: la cartella parallela

Abbiamo parlato di temporalità, tentiamo di capire cosa significhi per l'etica della cura.

Il filosofo francese Paul Ricoeur ha scritto che «il tempo diviene tempo umano nella misura in cui viene espresso secondo un modulo narrativo, e

² Charon, R. (2019), *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti*, trad. it. di Delorenzo C., Cortina, Milano; Charon, R. e Montello M. a cura di (2022), *Stories Matter. The Role of Narrative in Medical Ethics*, Routledge, New York, pp. 77-84.

che il racconto raggiunge la sua piena significazione quando diventa una condizione dell'esistenza temporale»³: questo significa, da una parte, che l'adimensione narrativa ci consente di dare un significato umano al nostro vissuto temporale, e che il racconto ci rende padroni di qualcosa che altrimenti non sapremmo neppure definire (come già domandava Sant'Agostino *quid est enim tempus?*) e dall'altra parte significa che il racconto stesso trova la sua sostanza nel tempo e con esso realizza la sua espressione piena.

Che funzione può avere questo binomio tempo/racconto nell'esperienza della cura? Innanzitutto mettiamo a fuoco la condizione del tempo nello spazio della malattia, sia nel contesto dell'ospedalizzazione che in quello della cura domiciliare.

Per il paziente il tempo della salute, ossia della vita di prima, è sospeso, e questa stessa sospensione diventa atemporalità, oppure temporalità sincronica, privata del prima che è stato interrotto e del dopo che può riaprirsi solo con l'esito della cura.

Basti pensare al romanzo *La montagna incantata* di Thomas Mann, in cui l'abolizione del senso delle misure del tempo è l'aspetto centrale del modo di vivere dei pazienti del Berghof, il sanatorio di Davos. "Quelli dell'alto" sono assuefatti a questa dimensione fuori dal tempo, e "quelli del basso", della pianura sottostante al sanatorio, vivono invece immersi nel normale tempo cronologico fatto di orologi, calendari, eventi⁴.

Il tempo fermo si identifica con la permanenza nel luogo della malattia. Per i medici e gli infermieri, che di quel paziente si occupano, quel medesimo spazio è invece il luogo di lavoro, contraddistinto da una temporalità "vettoriale", ovvero una situazione in cui gli eventi continuano a susseguirsi in un rapporto di causa-effetto: l'operatore entra ed esce dalla stanza per fare qualcosa, che sia misurare, medicare, incidere, ha un piano di azioni che corrisponde alla sua giornata lavorativa. Sarebbe semplicistico estremizzare questa differenza in una opposizione tra la passività del paziente e l'attività dell'operatore, perché la vera posta in gioco è di natura etico-temporale. Gli operatori, così come le persone sane, sono differenti dagli ammalati non solo per quello che fanno, ma anche per la condizione temporale in cui agiscono: «per ritmo, durata, evanescenza, calma» scrive Charon, intendendo che la modalità delle azioni è legata alla percezione del tempo e alla direzione che ad esso si dà.

In questo ventaglio delle modalità si apre l'orizzonte etico della cura: prestazioni sanitarie effettuate in modo veloce o, al contrario, con calma, possono avere la medesima competenza o il medesimo esito, ma è l'impatto sulla

³ Ricoeur P. (1986), *Tempo e racconto*, trad. it. di Grampa G., Jaca Book, Milano, p. 91.

⁴ Mann T. (1983), *La montagna incantata*, Dall'Oglio Editore, Milano.

dimensione temporale del paziente a essere enormemente diverso. Quel preciso orario pomeridiano della medicazione, che è ordinario per l'operatore, può, invece, essere il vero "evento atteso" nella sospensione temporale del pomeriggio del paziente, l'evento attorno a cui ruota tutta la sua giornata, su un piano di vissuto strettamente temporale, prima ancora che su quello emotivo ed esistenziale della speranza di guarigione. L'evento atteso è quasi sempre quello dell'incontro, dello scambio intersoggettivo, della rottura di quella bolla di separata solitudine in cui la malattia rischia di rinchiudere chi soffre.

In medicina le narrazioni non sono che "una lotta contro il potere del tempo" [...]. Il tempo è l'asse portante del processo diagnostico, della prevenzione, delle cure palliative, della guarigione. È anche l'ingrediente fondamentale della relazione terapeutica: ci vuole tempo per ascoltare, per comprendere, per curare. Se si rispetta questo elemento, la medicina ne esce trasformata⁵.

Prendere in considerazione l'elemento temporale significa farsi consapevoli che le ore e i giorni di attesa di un responso medico, come una biopsia, contano per un paziente in una dimensione temporale totalmente differente da quella del medico che l'ha richiesta, così come i ritardi e le assenze. Questo scarto può venire alla luce con i racconti dell'attesa e della paura da parte dei pazienti, così come con i racconti dell'indifferenza o del coinvolgimento premuroso da parte del medico e dell'infermiere, ma questa narrazione emotiva ed etica poggia sulla prioritaria valutazione di una diversa temporalità. La possibilità di far venire a parola questi scarti costruendo un racconto di cura condiviso è preziosa.

Da qui è nata l'idea della "cartella parallela" come strumento valido per la medicina narrativa, al fine di incoraggiare i professionisti sanitari a raccontare le esperienze che vivono con i loro pazienti. La cartella, che potremmo definire "narrativa", è parallela alla cartella clinica tradizionale. Rita Charon la spiega così ai suoi studenti di Medicina:

Ogni giorno riportate qualcosa nella cartella clinica: i disturbi, i risultati dell'esame obiettivo e degli accertamenti di laboratorio, il parere del primario, la terapia». Sapete esattamente cosa scriverci e in che modo. Immaginiamo che un paziente stia morendo di cancro alla prostata e che vi ricordi di vostro nonno, mancato da poco per la stessa malattia. Appena entrate nella stanza, soffrite. Non vi permettiamo di

⁵ Charon R., *Medicina narrativa*, cit., p. 57; Charon fa riferimento al libro *Time to Heal* in cui Kenneth Ludmerer compie un'analisi lucida della medicina contemporanea americana che, sotto la spinta di pressioni economiche e interessi commerciali, rischia di non trovare tempo per gli aspetti importanti della cura. Cfr. Ludmerer K.M., *Time to Heal: American Medical Education from the Turn of the Century to the Era of Managed Care*, Oxford University Press, NY 2005.

parlarne nella cartella clinica, ma da qualche parte deve essere fatto: nella cartella parallela⁶.

È questa la novità. Quando pensiamo alla medicina narrativa pensiamo alle storie dei pazienti, alle vite di ciascuno di noi di fronte alla malattia che le stravolge, e queste vite sembrano esigere un racconto per mantenere coerenza e unità; poi pensiamo che i medici e gli operatori sanitari debbano essere i depositari di alcuni segmenti di questo racconto, quando li aiutiamo nella diagnosi e nel percorso di cura costruendo la nostra storia clinica, l'anamnesi. Ma non pensiamo mai che anche le storie di chi ci cura possano avere la loro parte in questa tessitura narrativa della relazione medico-paziente, e invece è proprio questo scambio che arricchisce la cura, perché anche chi è responsabile della cura è vulnerabile.

Entrare in dialogo con gli ammalati significa ascoltarne i corpi e le esistenze, conquistando la fiducia con l'attenzione: nel tempo, accanto alla dimensione individuale ed esistenziale della malattia, si manifesta e chiarisce anche quella biologica (nel tempo, non nella fretta). La cartella parallela non è un diario, ma una corrispondenza di racconti che restituiscono il senso del tempo umano, che è tempo di guarigione o di accettazione della vulnerabilità e della morte da parte del paziente, ma anche accettazione dei limiti della scienza e del proprio ruolo (e delle proprie emozioni) da parte del medico, dell'infermiere e dell'operatore sociale.

Spesso si pensa che il requisito di una scienza medica sempre più avanzata e tecnologica sia l'*impersonalità* come garanzia di oggettività nel giudizio clinico, e le pratiche dell'impersonalità si possono riconoscere in tutte quelle forme di distacco dalle esperienze singolari dei pazienti, di fredda distanza da qualsiasi coinvolgimento.

Eppure, la lettura dell'esperienza umana (e la malattia ne fa parte) non può prescindere dalla finitezza del punto di vista da cui si legge: per questo, anziché pretendere di eliminare l'ineliminabile, l'etica ci chiede di trasformarlo in un punto di forza a favore dell'umano.

Per tornare al romanzo di Avati, se Rosa non avesse avuto la paura di trovare in ospedale solo chi non avrebbe né saputo né voluto capirla, forse avrebbe accettato il ricovero di buon grado e la storia sarebbe stata diversa. Di sicuro il primo passo lo aveva fatto, comprendendo e accettando la prescrizione dei farmaci. Rosa dimostra di avere fiducia nella scienza medica, ma non nella possibilità di trasformare la propria temporalità e di raccontare la propria identità in un luogo medico, ed è per questo che rinuncia. Fino a che avverrà questo, ci confronteremo con il fallimento della cura.

⁶ Charon R., cit., pp. 167-168.

2. Il patologico come modalità altra di esistere

Prima ancora che essere definizione di buone o cattive pratiche, l'etica ci aiuta a capire la condizione umana e il senso delle azioni. Ne *Il normale e il patologico*, libro che tanto peso ha avuto negli studi medico-filosofici del secolo scorso (pensiamo solo all'influenza delle sue idee su Michel Foucault), George Canguilhem tenta di riaprire un varco alla filosofia come approccio che sappia ripensare la scienza medica, convinto che «la filosofia è una riflessione per la quale ogni materia estranea è buona, anzi potremmo dire: per la quale ogni buona materia deve essere estranea»⁷.

La filosofia deve dunque dare una mano alla medicina come scienza nel definire cosa sia la normalità e cosa sia la patologia. Innanzitutto, Canguilhem torna ad assumere come punto di partenza il fatto che la medicina «sia in primo luogo tecnica tesa a ristabilire la condizione di salute, e la sua origine è nella sofferenza dell'individuo, nello scacco che la vita incontra»⁸.

La medicina che si fa esclusivamente scienza rischia di fermarsi al principio di Broussais per il quale tra il normale e il patologico esiste una continuità, un'equivalenza, ossia non c'è differenza di essenza, di qualità, ma soltanto di quantità: la malattia è solo una variazione quantitativa rispetto alla condizione di salute, una sorta di eccesso o di difetto rispetto alla soglia della normalità. Si tratta di un ragionamento per parametri che definiscono un più o un meno patologico, e al contempo definiscono anche il più o meno dei valori su cui l'intervento medico va ad incidere per recuperare lo stato di salute.

La malattia diventa leggibile solo nella variazione rispetto alla normalità del corpo, solo nell'alterazione dei parametri; la sua peculiarità ontologica, la sua differenza qualitativa, scompaiono sotto lo sguardo oggettivante della scienza. La normalità viene definita oggettivamente come possesso di determinati valori ben quantificati; i parametri, le cifre, gli standard di riferimento sono quelli calcolati in laboratorio, in un ambiente artificiale che opera sulla replica dei dati.

Ebbene, Canguilhem non vuole medici che agiscano su replicanti: il segno distintivo della malattia sta nella sofferenza “vissuta” dal malato, in quello scarto profondo che il malato avverte ontologicamente come sua condizione di salute.

Certamente occorre fare le giuste distinzioni tra il piano della ricerca scientifica e quello della clinica medica. Parliamo appunto di condizione patologica, perché l'esperienza del malato è all'origine della clinica medica.

⁷ Canguilhem G. (1998), *Il normale e il patologico*, trad. it. di Buzzolan D., introduzione a cura di Porro M., Einaudi, Torino, p. 9.

⁸ Canguilhem G., cit., *Introduzione*, p. VIII.

Non misuriamo la malattia in base allo scarto da norme prefissate, ma in base al mutamento della qualità del vivere. In tal senso non si dà «patologia oggettiva».

La prima e l'ultima parola sulla malattia spettano al malato stesso che giudicherà la guarigione in termini di soddisfazione soggettiva, in relazione al suo vissuto⁹.

Salute e malattia sono colte da chi le vive solo sul piano dell'esperienza. Di più: c'è un passaggio sulla vita come capacità normativa che ci interessa sottolineare. Chi sta bene, chi è in salute, fa una vita normale nel senso in cui la normalità è normatività, ossia può dare norme al suo agire, può inventare i suoi valori, si può adattare all'ambiente che lo circonda e trasformarlo. Di contro, la malattia indebolisce questa inventiva, questa creatività, ma non perde la normatività del vivere: anche se l'ambiente intorno si restringe (diventa ad esempio la limitazione dell'ospedale), tuttavia l'essere umano risponde dandosi nuove norme, nuovi valori su cui impostare il comportamento, nuovi interessi per cui vivere le giornate, sentirsi vivo, appunto "normale". La patologia, in questo approccio essenziale, può essere normalità sul piano del vissuto e dell'esperienza. Così come è vero il contrario: la normalità può essere vissuta dal vivente come stato patologico. Stiamo parlando di una diversa lettura della "norma", che può essere considerata o solo come media, o anche come ideale.

Questo ribaltamento di prospettiva operato da Canguilhem ha effetti molteplici e non soltanto sul piano biologico scientifico. Allarghiamo il ragionamento. «La vita umana può avere un senso biologico, un senso sociale, un senso esistenziale»¹⁰, scrive ne *La conoscenza della vita*, evidenziando ancora una volta il primato dell'essere vivente che fa esperienza della sua condizione. In un senso biologico, la patologia viene identificata come mancanza, deficienza, impotenza, se ci atteniamo alla normalità quantitativa (viene meno la possibilità/capacità di agire come si dovrebbe). E in un senso sociale? Se per normalità si intende un comportamento capace di soddisfare i criteri sociali del vivere insieme (immediatamente subentra il paragone degli individui gli uni con gli altri), il prezzo del patologico a livello sociale diventa allora l'esclusione.

In una società che punta tutto sulla capacità di autonomia è ritenuta un handicap qualsiasi incapacità a sottrarsi ad un rapporto di tutela, nella sua duplice forma di assistenza e di controllo. La salute è così socialmente normata, come la malattia, la richiesta di cure e le aspettative connesse a tale richiesta. Il criterio della guarigione è di poter vivere come gli altri, fare ciò

⁹ *Ivi*, p. X.

¹⁰ Canguilhem G. (1976), *La conoscenza della vita*, trad. it. di Bassani F., Il Mulino, Bologna, pp. 234-236.

che possono fare gli altri. Si è prodotto uno spostamento dalla norma interiore dell'essere vivente alla norma esteriore del sociale. Ne risulta il marchio sociale per eccellenza, l'esclusione¹¹.

La patologia della vita in senso sociale è dunque l'essere fuori, respinti, emarginati, esclusi: ma questa esclusione si produce a causa di un modo pre-costruito di pensare la normalità, ancora una volta definita soltanto quantitativamente dalla norma esterna¹². Ci torna in mente quanto affermato dal filosofo francese Olivier Abel in una sua recente intervista a *La Croix* proposito della "umiliazione", una situazione morale taciuta molto spesso proprio per questo grave perché generata quasi sempre dall'esclusione:

Prima, l'umiliazione consisteva essenzialmente nell'essere tenuti in servitù. Ora, c'è una nuova figura di umiliazione, quella dell'esclusione: essere superflui, non servire a niente. È una nuova forma di realtà tragica. Alle forme di umiliazione antiche si cercava di rispondere con l'affrancamento e l'emancipazione, ma questo non funziona quando il grande problema è la solitudine e la disaffiliazione¹³.

In questo senso, l'umiliazione fa parte del contesto morale della patologia.

Infine, veniamo al senso esistenziale della vita umana. In questo ambito è in gioco il senso più profondo di se stessi, ossia la relazione con la propria identità, il riconoscimento del sé. Anche a questo livello si pone una doppia lettura della normalità: può essere interpretata come autosufficienza, come progetto esistenziale (lo definiva così Sartre), ovvero l'individuo fa riferimento solo a se stesso per definirsi, con i propri criteri personali di valutazione e in funzione dei propri obiettivi; oppure può essere interpretata come identità nel tempo che ha bisogno del riconoscimento degli altri, oltre quello di sé, che ha bisogno della relazione con il mondo. Nel primo caso, l'esito della patologia esistenziale può essere devastante, perché arriva fino al cuore della «stima di sé», ci si sente caricati da quell'enorme fardello solitario della responsabilità e, se si è incapaci di tirarlo avanti, ci si autoesclude (pensiamo alle forme della malattia psichica). Sul piano biologico, la patologia si mani-

¹¹ Ricoeur P. (2007), *Il Giusto II. La differenza tra il normale e il patologico come fonte di rispetto*, trad. it. di Iannotta D., Effatà Editrice, Torino, pp. 231-232.

¹² È interessante ricordare come Michel Foucault abbia approfondito queste analisi con la storia della follia e della prigione, la conquista della cura sulla violenza fisica e mentale, il rischio della confusione tra trattamento e punizione che continua ad essere latente nell'inconscio collettivo.

¹³ Abel O. (2022), *De l'humiliation. Le nouveau poison de notre société*, Liens qui libèrent (Les), Paris.

<https://www.la-croix.com/France/Olivier-Abel-Nous-devons-devenir-sensibles-humiliations-elementaires-2022-02-21-1201201366>

<https://francescomacri.wordpress.com/2022/02/20/dellumiliazione-il-nuovo-velenodella-nostra-societa/>

festa quindi come regressione in un ambiente ristretto e come mancanza, sul piano sociale come un'esclusione sancita dalle istituzioni, infine sul piano esistenziale come negazione di dignità, negazione di riconoscimento.

Eccoci al punto che ci sta a cuore. Se rovesciassimo queste descrizioni della patologia dal segno negativo a quello positivo? Se la immaginassimo come una «modalità altra» di essere-nel-mondo? E se includessimo questa «modalità altra» nella normalità? Paul Ricoeur, in una delle sue conferenze a ridosso del nuovo millennio, ci indica una strada:

Soltanto con la vita, l'individuo costituisce qualcosa di più che una variante singolare: l'individualità comporta la possibilità della irregolarità, dello scarto, dell'anormalità [...]. Nella lettura negativa il patologico significa mancanza, deficienza. Nella lettura positiva, invece, significa un'organizzazione altra, che possiede le sue leggi proprie. Sì, una struttura altra del rapporto tra l'essere vivente e il suo ambiente¹⁴.

Accettare questa proposta di «modalità altra» ci dà la possibilità di interpretare in modo diverso il rapporto tra normalità, anormalità e patologia; soprattutto, sconfinando in un territorio propriamente etico, ci dà la possibilità di accogliere la vulnerabilità e la precarietà dell'essere umano, finché di promuoverne la finitudine e, finalmente, di replicare ad essa usando la categoria del *rispetto*¹⁵.

Come ha scritto Susan Sontag «la malattia è il lato notturno della vita, una cittadinanza più onerosa. Tutti quelli che nascono hanno una doppia cittadinanza, nel regno dello star bene e in quello dello star male. Preferiamo tutti servirci solo del passaporto buono, ma prima o poi ognuno viene costretto, almeno per un certo periodo, a riconoscersi cittadino dell'altro paese»¹⁶.

3. Agire con cura: la robotica di prossimità

Ritorniamo su uno degli elementi del brano del romanzo che abbiamo finora trascurato: la casa, in cui Rosa avrebbe preferito restare ed essere curata, senza doversi spostare in ospedale. Nella storia di Avati quella casa ha un

¹⁴ Ricoeur P., *Il Giusto II*, cit., pp. 229-230; questo saggio è la trascrizione della Conferenza tenuta dal filosofo presso l'Associazione l'Arché (Jean Vanier) ad Avignone nel 1997 e in occasione dell'XI Colloquio Scientifico della Fondazione John Bost a Bergerac nel 1998.

¹⁵ A queste riflessioni abbiano provato a dare risposta, in altro contesto, con la "temporalità guarita" dall'immaginazione narrativa: cfr. Abbate F., *Il corpo vissuto nel testo. La lettura come relazione tra normalità e patologia*, in *Primo: leggere. Per un'educazione alla lettura*, a cura di Cantatore L., Edizioni Conoscenza, Roma 2017, pp. 115-128.

¹⁶ Sontag S. (1979), *Malattia come metafora*, trad. it. di Capriolo E., Einaudi, Torino, p. 7.

significato particolare, nel senso che non rappresenta un'appartenenza voluta, ma il rifugio imposto dal destino di esclusione riservato a chi era sordo nei secoli passati.

Tuttavia quel rifugio Rosa ha imparato a sentirlo suo, e non vuole allontanarsene. Nessuno vorrebbe lasciare la casa, soprattutto quando si vive la condizione di malattia, e tutti se costretti a farlo vorrebbero ritrovare un ambiente che possa ospitarli come una casa.

Le immagini della guerra in Ucraina che i mezzi di informazione ci mostrano in questi giorni sono essenzialmente immagini di ambienti domestici distrutti (oltre che di corpi abbandonati senza vita), scuole, case private, palazzi e strade ridotti in macerie. In un drammatico e beffardo controcampo, negli ultimi due anni gli stessi mezzi di informazione ci hanno mostrato, invece, immagini di ospedali con reparti di terapia intensiva pieni di pazienti ricoverati per la pandemia di Covid-19.

Da un lato, il deserto dell'annientamento di ogni cosa che non lascia più spazio all'agire umano, e dall'altro l'intensa attività degli operatori sanitari per curare e salvare quante più persone possibile. In verità, anche negli scenari di guerra la speranza viene dalle immagini del pronto soccorso allestiti per le vittime. Tutto questo ci fa pensare alla parola "prossimità" di cui stiamo facendo uso negli ultimi tempi a proposito della medicina.

A fronte delle difficoltà in cui versa il Servizio Sanitario Nazionale, aggravate dall'emergenza Covid, si è levata forte la voce di chi chiede una medicina più vicina ai cittadini migliorando la rete delle strutture locali, laddove finora si è assistito ad un sensibile aumento della fruizione di servizi socio-sanitari in forma privata e ad un aumento del turismo sanitario dalle zone geografiche più svantaggiate a quelle con più servizi. Parlare di medicina di prossimità significa far riferimento alla disponibilità sul territorio di strutture e professionalità vicine alle esigenze dei cittadini, soprattutto di coloro che non sono autosufficienti. "Portare le cure presso il paziente" è lo slogan della prossimità, con cui si fa riferimento ai trattamenti e alle cure che possono essere erogati in casa o in strutture vicine¹⁷.

Se questo verrà reso possibile nel nostro Paese non sta a noi dirlo, pur auspicandolo, ma di sicuro possiamo cominciare a confrontarci con qualcosa di più grande che, nonostante al momento sia vissuto ancora come distante, forse potrebbe rivelarsi più utile e allocabile di altre risorse: la robotica per le cure a domicilio.

L'intelligenza artificiale che incontra l'*healthcare* sta sperimentando

¹⁷ Si pensi al dato degli accessi al Pronto Soccorso, con un numero alto di spostamenti per emergenze che si rivelano codici bianchi e verdi, spostamenti che con la realizzazione di una buona rete medica di prossimità potrebbero essere evitati. Cfr. <https://www.enfeasalute.it/medicina-di-prossimita-post-covid/> consultato il 10/4/2022.

prodotti robotici sempre più avanzati per venire incontro proprio alle esigenze di cure di elevata qualità, e diverrà uno dei cardini dell'assistenza a domicilio: macchine intelligenti dotate di caratteristiche antropomorfe, capaci di interagire con il paziente e l'ambiente circostante. Pensiamo già ai primi esperimenti di androidi badanti per gli anziani con Alzheimer oppure a *iCub*, il robot androide costruito dall'Istituto Italiano di Tecnologia di Genova (IIT), che con la sua altezza di 104 cm ricorda per funzionalità ed estetica un bambino di 3 anni, o le varie versioni di *Care-O-Bot*, un assistente robotico mobile adatto a supportare gli umani nella vita quotidiana, in hotel, istituzioni sanitarie o ospedali, sviluppato dal Fraunhofer Institute for Manufacturing Engineering and Automation.

E c'è anche *Grace*, l'infermiera robotica umanoide che la società canadese Awakening Health, in collaborazione con Hanson Robotics e Singularity Studio, ha intenzione di lanciare sul mercato sanitario distribuendola tra Hong Kong, Cina continentale, Giappone e Corea del Sud¹⁸. Del resto, i robot geminoidi del Professor Hiroshi Ishiguro di Osaka si sono candidati già da tempo alle funzioni di compagnia e assistenza domestica e sanitaria, e il piccolo *Telenoid R1*, un piccolo androide di telepresenza con controllo remoto, svolge la sua funzione di *caring robot* grazie anche alla sua estetica di silicone che ispira tenerezza¹⁹.

A casa o nelle corsie di ospedale, cosa faranno poco a poco i robot? Solleveranno i pazienti negli spostamenti dal letto alla carrozzina e viceversa, distribuiranno il cibo e l'acqua ai pazienti, sorveglieranno l'ammalato e lo assisteranno con stimolazioni cognitive. Ma non saranno ancora in grado di capire quando è il momento giusto di eseguire un intervento, di scegliere le priorità di assistenza o con quale emozione accompagnare le operazioni (“ferma sicurezza con il paziente spaventato, goliardia con il paziente burlone”)²⁰.

L'alternativa radicale tra *supplement* e *replacement* è ancora di là da venire, ma ci sono molti casi in cui l'integrazione o la sostituzione robotica coadiuvano l'agire umano – pensiamo agli *assistive robots* o ai *socially interactive robots* per i bambini con spettro autistico – senza che questo comporti l'esclusione dell'agire umano, come scrivono Paul Dumouchel e Luisa Damiano.

Nella robotica sociale il progetto di creare sostituti artificiali – robot suscettibili di sostituirci in alcuni compiti senza prendere il nostro posto – è centrale. Probabil-

¹⁸ <https://www.nurse24.it/dossier/covid19/grace-il-robot-umanoide-nato-dalla-pandemia.html>, consultato il 9/4/2022.

¹⁹ <https://spectrum.ieee.org/telenoid-r1-hiroshi-ishiguro-newest-and-strangest-android>, consultato il 10/4/2022.

²⁰ <https://www.dimensioneinfermiere.it/robot-sanitari-non-possono-sostituire-gli-infermieri/> consultato il 10/4/2022.

mente la maggior parte dei robotici operativi in questo campo non lo riconoscerebbe, ma tale progetto è spesso implicito nelle loro attività. Creare un *caregiver* artificiale, un compagno robotico per le persone sole o un baby-sitter meccanico che si prenda cura di bambini in assenza dei genitori significa introdurre, in seno alle nostre relazioni ordinarie, agenti sociali artificiali che si sostituiscono ad agenti umani, o animali, senza prenderne il posto. L'assistente *ad personam* artificiale, il bambino meccanico o il robot da compagnia non rendono obsoleti o inutili le relazioni con gli infermieri, i *caregivers*, i parenti o gli amici, né mirano a sostituire *tout court* tali attori²¹.

Se ci pensiamo bene, in fondo, agire con cura è già una tecnica: è la tecnica della vita, che si attua attraverso il nostro modo di stare nel mondo. Di qui passa la differenza tra *occupazione* e *preoccupazione*: l'occupazione è la dimensione di cura che possiamo condividere con la robotica, perché riguarda il portare a termine un'azione per dovere di farlo, per lo scopo del lavoro, perché ne è stabilito l'oggetto, ma senza particolare coinvolgimento emotivo, senza particolare dedizione; la preoccupazione, intesa come sollecitudine, è invece il territorio tutto umano del desiderio che muove l'azione al buon fine, alla finalità giusta di migliorare la qualità del vivere proprio e altrui.

Quando chi ha cura è concentrato sull'azione e non su chi la riceve considerato nella sua singolarità, l'agire si declina come occuparsi; quando invece l'attenzione è concentrata sull'altro considerato come essere unico che chiede di modulare le azioni in relazione alla sua specifica condizione, l'agire si declina invece nei termini del preoccuparsi²².

La robotica dovrà allora convergere innanzitutto sulla prossimità come fattore centrale per il processo decisionale della cura: aldilà ed oltre l'etica normativa, è nelle circostanze del reale che si è chiamati a decidere le azioni di cura, come soggetti concreti e non come agenti distaccati. È questa prossimità concreta che può rendere "casa" ogni luogo, perfino un ospedale o una inospitale tenda da campo.

²¹ Dumouchel P., Damiano L. (2019), *Vivere con i robot. Saggio sull'empatia artificiale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, p. 38.

²² Mortari L. (2021), *La politica della cura*, Raffaello Cortina Editore, Milano, p. 50.

2. *Qualità assistenziale e gestione dei servizi sociali*

di *Gennaro Izzo, Andrea di Fiore*

Le quotidiane esperienze che viviamo lavorando nei servizi ci pongono inevitabilmente dinanzi a una serie di prospettive, riflessioni, criticità, dicotomie, complessità di piani che – in questo “welfare liquido” – si sovrappongono, si allontanano per contrasto e si ricompongono per quella necessità di fare sintesi, di unificare tutte le parti che siamo, nel lavoro come nella vita.

Se proviamo per un attimo a fermarci e riflettere, possiamo scorgere con una certa chiarezza – come un improvviso insight, una scoperta di un nuovo che in realtà già custodivamo dentro noi stessi – che il mondo è tale perché relazionale: l’uomo vive e fonda la propria umanità sulla socialità¹; da professionisti dell’aiuto, questo assunto ci rimbalza continuamente, con tutti i suoi punti di forza ma anche tutte le contraddizioni: l’ascolto di noi stessi, la relazione con l’altro, e con l’altro che chiede aiuto, i percorsi di incontro e scontro con i colleghi, con altri professionisti, con i portatori di interesse, con i politici e i decisori.

Una vita intensa – possiamo dirlo – che ci chiede di incarnare un ruolo attivo in questo stato che cerca il benessere delle persone: un benessere che non si raggiunge da soli, individualmente, ma necessita di un processo dinamico che coinvolge la/le comunità, in maniera circolare ed interdipendente.

Nel lavoro sociale, lontani dalla dimensione medica del concetto di “cura”, abbiamo sempre provato a mettere in figura l’aspetto – più che mai rilevante – del “prendersi cura” che – in comunione e non in contrapposizione con l’accezione medico-curativa del termine – coglie quelle caratteristiche del riconoscimento dell’altro (dimensione valoriale della persona), dell’azione di accompagnamento, dell’affiancamento funzionale alla crescita, alla promozione delle capacità non espresse (dimensione educativa del lavoro sociale), alla prevenzione e rimozione di quelle cause e/o condizioni socio-

¹ Già nel IV secolo a.C., Aristotele nella sua *Politica* si esprime così: “L’uomo è un animale sociale, tende per natura ad aggregarsi con altri individui e a costituirsi in società”.

ambientali (dimensione sociale del lavoro di aiuto) che non consentono alla persona di divenire ciò che è in potenza.

Il processo con cui, a livello organizzativo e gestionale, tali concettualizzazioni sono state assunte, è il risultato di un lungo e laborioso percorso normativo e istituzionale, tutt'altro che compiuto e definitivo; ma, con tutta probabilità, è giusto anche che sia così, in divenire, come l'evoluzione della/e società di riferimento. Ciò di cui possiamo forse essere certi è che la qualità dei servizi sociali e socioassistenziali dipende in gran parte dalla capacità repentina dei decisori di far convergere e aderire gli interventi normativi-finanziari-gestionali, con congruenza, al quadro contemporaneo delle necessità di quel dato contesto territoriale di riferimento.

Non una mission facile, la lettura sociologica dei bisogni e delle potenzialità di un contesto diventa seriamente possibile se poggiata su solide basi organizzativo-gestionali. Di seguito vedremo insieme e nel dettaglio i presupposti che la normativa fornisce per conferire al sistema di aiuto sociale la capacità di saper leggere i bisogni, rispondere ad essi prevenendoli e/o rimuovendone le cause, determinando anche politiche attive che favoriscano il benessere sociale, non soltanto come risposta, ma come promozione di componenti che migliorano la qualità della vita.

1. Il sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali

In Italia, un primo e radioso raggio di luce possiamo osservarlo nella Costituzione, dove all'Art. 38, co. 1, viene stabilito che "Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale".

In coerenza con il citato riferimento costituzionale, ma anche con i principi di solidarietà ed uguaglianza sanciti dagli artt. 2 e 3 della Costituzione, l'ordinamento italiano giunge a riformare l'intero comparto dell'assistenza sociale con la Legge n. 328 del 2000 – Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali – assumendo una concettualizzazione contemporanea, oltre l'ormai ristretta dimensione assistenzialistica, mediante la promozione integrata di interventi volti a garantire la qualità della vita, le pari opportunità, la non discriminazione e i diritti di cittadinanza, e un'azione che intende prevenire, eliminare o ridurre le condizioni di disabilità, di bisogno, di disagio individuale e familiare, derivanti da un reddito inadeguato, da difficoltà socio-relazionali o da condizioni di svantaggio e/o emarginazione.

In precedenza, il D.Lgs. n. 112/1998, all'art. 128, definiva in maniera puntuale cosa fossero gli interventi e i servizi sociali, intendendo con questi "tutte

le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti e a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia”.

Un quadro, riformato ancora con la Legge Costituzionale n. 3 del 2001, che ha riscritto le competenze dei diversi organi preposti (Stato, Regioni, Comuni) secondo quanto previsto dal novellato Titolo V, che – sostanzialmente – ha reso la L. 328 un atto di indirizzo per le Regioni, aventi per l’area sociale una competenza legislativa esclusiva, con compiti di recepimento dei principi e criteri generali dello Stato (nonché di definizione dei LEP da garantire uniformemente sull’intero territorio nazionale), ma soprattutto di programmazione, coordinamento, produzione normativa indirizzo e verifica degli interventi sociali, concretamente attuati dai Comuni (o Comuni associati).

L’integrazione dovrebbe rappresentare uno snodo fondamentale per rendere il sistema dei servizi e interventi sociali efficace ed efficiente, unitamente all’ottimizzazione delle risorse impiegate, la specificazione degli interventi e l’eliminazione di sprechi e sovrapposizioni. Esso, secondo l’impostazione della L. 328/2000, ratificata tendenzialmente da ogni Regione con apposita Legge, il sistema dei servizi sociali deve prevedere alcuni interventi ritenuti Livelli Essenziali delle Prestazioni sociali (LEP).

A completamento dell’attuale quadro normativo che compone il sistema integrato dei servizi e interventi sociali, non può non essere annoverato il D. Lgs. n. 147/2017, così come modificato dal D.L. n. 4/2019 conv. in L. n. 26/1019; i due interventi normativi appena citati sono in genere ricordati per aver istituito prima il Reddito di Inclusione e poi il Reddito di Cittadinanza, come misure di contrasto alla povertà e inclusione sociale (con il ReI) e socio-lavorativa (RdC); ma il D.Lgs. n. 147/2017 come modificato dalla norma che introduce il RdC, rappresenta – dopo 17 anni dall’emanazione della L. n. 328/2000 – un vero e proprio compimento dell’assetto dei servizi sociali, realizzato innanzitutto con la previsione del primo Livello Essenziale di Assistenza Sociale² normato dalla nascita della Legge Quadro, con le conseguenti e relative prestazioni sociali ritenute essenziali (LEPS) dallo Stato per tutto il territorio nazionale³; e, in secondo luogo, per il rinnovato ruolo che lo Stato – pur nel rispetto del principio di sussidiarietà – richiama a sé, nel

² Il contrasto alla povertà e il finanziamento strutturale ad esso legato.

³ Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) individuati con il D.Lgs. n. 147/2017 e ss.mm.ii.: Servizio Sociale Professionale, Segretariato Sociale, Tirocini di inclusione sociale, sostegno socioeducativo domiciliare o territoriale, assistenza domiciliare, sostegno alla genitorialità, mediazione familiare e culturale, servizio di pronto intervento sociale.

determinare i principi, i criteri e gli obiettivi generali della politica sociale del paese, definendo i LEP, attraverso la stesura dei Piani Sociali Nazionali, l'appostamento delle relative risorse anche strutturali⁴ e l'istituzione di alcuni organismi centrali utili in tal senso⁵.

2. La sussidiarietà che cura

Il sistema integrato degli interventi e servizi sociali si realizza attraverso una pluralità di funzioni e competenze che coinvolgono, però, non soltanto i soggetti pubblici, ma anche i soggetti del c.d. terzo settore. Un altro aspetto di rilevante importanza che guida l'organizzazione gestionale dei servizi sociali è il principio di sussidiarietà che si sviluppa innanzitutto come una vera e propria identità: il sistema di interventi di natura sociale e assistenziale non può che realizzarsi attraverso rapporti di prossimità/vicinanza tra l'ente erogatore/gestore del servizio/intervento e la persona/cittadino che ne usufruisce. Ciò significa, da un lato, che lo Stato interviene soltanto quando i cittadini, in forma singola o associata, non sono in grado di farcela da soli; dall'altro, che l'intervento sussidiario dell'ente pubblico dev'essere erogato dal livello più prossimo al cittadino, e quindi dagli enti locali territoriali, i Comuni. Ne consegue che due sono le linee di azione del principio di sussidiarietà:

- sussidiarietà verticale, riferita all'articolazione dell'intervento dello Stato, delle Regioni, delle Città Metropolitane e dei Comuni, e quindi ai rapporti tra queste istituzioni pubbliche, per cui è riconosciuto progressivamente un potere decisionale e realizzativo all'ente istituzionale più vicino e raggiungibile dal cittadino;
- sussidiarietà orizzontale, che rappresenta una vera e propria chiamata a raccolta di tutti i soggetti della comunità ad esercitare i doveri di solidarietà e partecipazione sociale; si riferisce cioè ai rapporti che l'ente pubblico (nei suoi vari livelli e articolazioni) è chiamato a tenere con la società civile (nelle sue varie organizzazioni e dipanazioni). Essa concerne la possibilità che alcune funzioni pubbliche siano esercitate dai cittadini stessi, in particolare attraverso le formazioni sociali, favorendo rapporti tra istituzioni informali.

Attraverso il principio di sussidiarietà passa dunque la definizione di un diverso rapporto tra Stato, società e cittadino e una forte valorizzazione delle

⁴ Piano Sociale Nazionale, Piano Povertà, Piano Non Autosufficienza ed i relativi finanziamenti: FNPS, Fondo Povertà, FNA, ecc.

⁵ Rete della protezione e dell'inclusione sociale – Direzione generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale; entrambi istituiti presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

funzioni e delle responsabilità dei soggetti della comunità locale nella costruzione e gestione del sistema dei servizi. In assenza dell'affermazione di questo principio, non avrebbe potuto realizzarsi quel passaggio evolutivo dal c.d. *welfare state* al c.d. *welfare community* e quindi da un processo gestionale di *government* all'attuale di *governance sociale* dei territori.

È fondamentale, e ha una funzione importantissima sul piano dell'autodeterminazione dell'individuo e della società, assumere e comprendere che né lo Stato, né alcuna società, può sostituirsi all'iniziativa e alle responsabilità delle persone e delle comunità intermedie in quei settori in cui esse possono agire, né può distruggere lo spazio necessario alla loro libertà⁶.

Anche la dottrina sociale della Chiesa – che in Italia non sempre con effetti positivi per la crescita civica e istituzionale ha assunto e assume ancora un ruolo fondamentale nell'area della carità, beneficenza e assistenza – con Giovanni Paolo I afferma non soltanto la necessaria connessione tra il principio di sussidiarietà e quello di solidarietà, ma al contempo rileva che un pericolo per lo Stato del benessere può derivare proprio dal mancato rispetto della sussidiarietà:

Le disfunzioni e difetti nello stato assistenziale derivano da un'inadeguata comprensione dei compiti propri dello Stato. Anche in questo ambito deve essere rispettato il principio di sussidiarietà: una società di ordine superiore non deve interferire nella vita interna di una società di ordine inferiore, privandola delle sue competenze, ma deve piuttosto sostenerla in caso di necessità e aiutarla a coordinare la sua azione con quella delle altre componenti sociali, in vista del bene comune⁷.

Una riflessione quanto mai attuale, considerato il rischio che corrono alcune scelte politico-decisionali – nell'impellente necessità di fornire risposte immediate alle varie emergenze che stanno susseguendosi negli ultimi anni⁸ – di veicolare interventi e azioni tendenti a sostituire più che sostenere e/o affiancare.

Il principio di sussidiarietà è stato oggetto di molteplici riflessioni e commenti da parte di studiosi, nonché organismi pubblici nazionali ed internazionali. Riconosciuto anche in sede UE, è inevitabile comprendere che tale principio abbia assunto un notevole impatto nel mondo del welfare, e quindi sia sull'interpretazione che sull'applicazione delle politiche e dei servizi sociali.

In questo senso, la Legge n. 328 del 2000 ha introdotto la sussidiarietà

⁶ Cfr. Enciclica *Pacem in terris*, Papa Giovanni XXIII.

⁷ Cfr. Enciclica *Centesimus Annus*, p. 48.

⁸ Come ad esempio l'emergenza sanitaria da Covid-19 che ha generato una serie di impellenti e improcrastinabili emergenze sociali (alloggiative, economiche, psico-sociali, di assistenza, di contrasto alla solitudine, ecc.).

unitamente ad altri principi cardine (come la partnership e/o la governance sociale) che assumono una valenza culturale generale che corregge la natura di quell'“old welfare” sostitutivo e assistenzialistico, e che apre la strada alla definizione di un ruolo meno invasivo delle funzioni pubbliche e al recupero di un ruolo più incisivo delle funzioni private nella definizione del nuovo sistema territoriale dei servizi alla persona.

Tutto questo, lasciando opportunamente alla titolarità pubblica la regia e la responsabilità di garantire la esigibilità dei diritti sociali sanciti dalla legge. Non è pensabile, infatti, costruire un welfare contemporaneo e affidarlo alle sole dinamiche del mercato e/o del sistema mutualistico e/o della solidarietà organizzata. La titolarità pubblica appare un aspetto imprescindibile, nonché forse unico, in grado di garantire l'esigibilità dei diritti sociali per la generalità delle persone.

Se è vero, infatti, che per un verso, il servizio pubblico presenta tutte le criticità di un sistema universalistico⁹, d'altro canto anche il sistema privato – pure nelle sue accezioni di “privato sociale” e “volontariato” senza scopi di lucro – può presentare più di qualche difetto¹⁰. Chiaramente, non tutto è così e non sempre è stato così. Nel pubblico, come nel privato sociale vi sono situazioni di assoluta eccellenza. Oggi, a più di vent'anni di distanza dalla Legge n. 328, occorre ancora lavorare per eliminare le criticità finora riscontrate e rendere il nostro sistema di welfare più adeguato alle nuove domande sociali, con la consapevolezza che esse si modificano ad una velocità sempre più repentina. Il cambio di paradigma, già citato, dal *welfare state* al *welfare community* si sostanzia proprio nel cercare di fornire una risposta a questa nuova esigenza non riguarda soltanto i servizi e interventi sociali, ma l'intero sistema di welfare.

Tali considerazioni configurano e delineano l'auspicio di nuove e più avanzate forme di partecipazione sociale e di democrazia. Nella prospettiva della sussidiarietà, quindi, assumono valore sia la funzione di partnership, per promuovere, incrementare e valorizzare la funzione dei soggetti privati del privato sociale, sia la funzione di governance sociale, per promuovere la partecipazione dei singoli e dei soggetti associati alla programmazione, realizzazione e valutazione del sistema territoriale dei servizi.

In questo senso, la sussidiarietà è un principio ontologicamente curativo: essa forma a non sostituirsi, ma ad integrare e accompagnare; in questo modo incentiva la cittadinanza attiva, l'autonomia decisionale, le forme di *self-help*, l'*empowerment* del singolo e del gruppo; insegna ad avere cura di sé

⁹ Ad esempio: costi aumentati a dismisura, autoreferenzialità, distanza dalle persone, inefficienze, eccessi di burocrazia, induttore di dipendenza e non di autonomia.

¹⁰ Ad esempio: parzialità, inaffidabilità, approssimazione, dipendenza dal pubblico.

stessi e a prendersi cura degli altri¹¹. Un'azione, quest'ultima, non certa priva di costi¹²: per avere cura e prendersi cura è necessario attribuire valore all'oggetto della cura¹³, e ciò è più facile quando c'è un processo di identificazione con esso. In questo senso, l'unica strada che appare veramente efficace per attivare percorsi di identità è la partecipazione attiva al percorso stesso. Un processo di formazione di un "Noi" che nasce dalla condivisione di significati, fatta di azioni, luoghi, storie e memorie comuni.

La sussidiarietà, quindi, educa ad aiutare nella misura giusta: integrare per quanto necessario, per riavviare il percorso di autonomia; al contrario del "sostituirsi" con cui si annulla la persona curata, e si genera, da un lato, la spirale dell'autoreferenzialità; dall'altro, il circuito della dipendenza della persona dal sistema dei servizi.

La realizzazione del sistema dei servizi sociali presuppone quindi un itinerario di attivazione di comunità, dove la partecipazione dei soggetti pubblici e del privato sociale, secondo principi di collaborazione e di cooperazione, di co-programmazione e co-progettazione, in spirito di complementarità e non sovrapposizione, è condizione determinante alla concreta riuscita del modello dei servizi sociali voluto dalla normativa vigente.

Un sistema di interventi e servizi fondato su un modello di sussidiarietà che, pur esaltando e sostenendo il ruolo della solidarietà sociale, non prefigura alcun ripiegamento dell'istituzione pubblica dal sistema dei servizi, ma al contrario, ne esalta il ruolo e le responsabilità a garanzia della esigibilità dei diritti sociali per la universalità dei cittadini secondo quanto sancito dalla Costituzione. Gli enti locali, pertanto, devono riconoscere e agevolare il ruolo dei soggetti della solidarietà sociale nella programmazione, organizzazione e gestione del sistema dei servizi. Un sistema in cui è esaltato il diritto-dovere di partecipazione.

3. Una governance di prossimità: il Piano Sociale di Zona

In coerenza con quanto espresso in precedenza, l'unica forma possibile per la gestione e l'organizzazione del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali, delineato dall'ordinamento vigente, appare quello della governance: un metodo che, superando l'approccio *top down*¹⁴ – che in ambito

¹¹ A riconoscerlo, farsene carico, accompagnarlo.

¹² Non intesi soltanto in senso strettamente economico, ma anche e soprattutto come costi emotivi, sociali, psicologici, di tempo, ecc.

¹³ Sia esso una persona, un gruppo, una comunità, un territorio, ecc.

¹⁴ Metodo governativo di tipo gerarchico-lineare, od anche gerarchico-burocratico, che consiste nel mero trasferimento ai livelli inferiori delle decisioni prese dai vertici di quel dato

sociale non può che ottenere un effetto deresponsabilizzante e passivo della persona destinataria degli interventi – ha assunto che il mondo contemporaneo si compone di molteplici articolazioni, centri e sistemi, da prendere in considerazione in ogni fase, a partire dai processi di costruzione delle decisioni. In assenza di coinvolgimento e partecipazione delle persone, dei sistemi di relazioni, dei centri di interesse, diviene pressoché impossibile costituire una congrua adesione alle azioni poste in atto, e l'unico effetto che si genera è quello di bloccare le forme di sviluppo, crescita ed evoluzione socioeconomica di quel dato territorio di riferimento.

Pertanto, i *decision makers* – chiamati nella loro funzione politico-decisionale ad assumere scelte che abbiano un riverbero positivo sulla complessità di sistemi, gruppi, articolazioni che si trovano a governare – non possono che accogliere come unica possibilità quella del coinvolgimento attivo dei vari *stakeholders* con cui condividere percorsi costruttivi sin dalle prime fasi del processo decisionale e di scelta delle azioni da adottare.

Ciò è tanto più vero nel sistema dei servizi e degli interventi sociali che, per antonomasia, sono servizi immateriali, non standardizzabili, *output* dinamici – non statici – che variano a seconda del bisogno a cui rispondono, del problema che necessita di soluzione, del contesto territoriale¹⁵ in cui si agisce. In questo ambito – in misura maggiore rispetto a tutti quelli che compongono la società contemporanea – la concertazione, il coinvolgimento, la condivisione e la partecipazione attiva dei soggetti, sia in fase di programmazione che in quelle di attuazione, monitoraggio e valutazione, rappresentano un elemento costitutivo fondamentale del processo organizzativo e di erogazione dei servizi e interventi sociali. Questo metodo circolare, concertativo e dialogico, di governo delle politiche sociali, è una condizione necessaria per produrre quegli scopi che il lavoro sociale si prefigge per definizione¹⁶ e per generare forme di partecipazione ai processi collettivi e governativi, funzionali per creare appartenenza, identità e responsabilità in una data comunità.

Ed allora, tale forma di governance assume delle connotazioni che la contraddistinguono in maniera inequivocabile. Innanzitutto, essa è una vera e propria governance sociale, capace di incarnare ed attuare pienamente il principio di sussidiarietà e, in quanto tale, costitutiva del processo di cambiamento e riforma che il welfare sta vivendo nella sua dipanazione collettiva e comunitaria. Ma essa è anche soprattutto una governance locale, o ancora meglio

complesso decisionale, e senza alcun coinvolgimento degli stessi destinatari. Di derivazione industriale “fordista”, è un approccio che si è basato sul metodo della catena di montaggio delle grandi industrie e dei processi produttivi meccanizzati.

¹⁵ Inteso nelle sue sfumature storiche, culturali ed economiche.

¹⁶ Valore della persona nei suoi contesti di vita, auto-aiuto, *empowerment*, autodeterminazione.

di prossimità: essa – pur trovando basi e fondamenti in linee di indirizzo e principi che tengano conto della generalità e della necessità costituzionale di garantire dei livelli minimi o essenziali in ogni territorio, perché nessuno sia svantaggiato rispetto ad altri – non può che realizzarsi in un dato contesto territoriale, bacino in cui la condivisione di storia, cultura, tradizioni, impegni morali e imprenditoriali, consente la non facile costruzione di una struttura identitaria e di scelte condivise che tengano conto delle piccole differenze e specialità, che poi possono divenire fonte di ricchezza (non solo materiale). Una governance prossima, così come immaginato dal principio di sussidiarietà, con cui cammina a braccetto.

Quest'approccio di governance, necessario per l'organizzazione e la gestione del sistema dei servizi e degli interventi sociali, trova la sua esplicazione più puntuale nello strumento di programmazione locale fornito dalla stessa Legge n. 328 del 2000 e richiamato nei diversi interventi legislativi regionali: il Piano di Zona¹⁷. Esso può essere definito come il documento generale di pianificazione che riassume la programmazione e la realizzazione dei servizi da erogare in un Ambito Sociale territoriale¹⁸ e, pertanto, costituisce l'occasione per i Comuni di abbandonare la logica dell'individualismo per realizzare un sistema concertato e condiviso (e quindi teoricamente più forte) di interventi e servizi sociali¹⁹ che abbia cura di scegliere, per quel dato territorio d'ambito, le priorità necessarie, costruire reti e rapporti, produrre sinergie e scambi relazionali con le forze attive presenti.

Infatti, in quanto strumento di programmazione sociale e locale, il Piano di Zona – prima ancora di sostanziarsi in un vero e proprio programma di servizi e attività da realizzarsi con il necessario appostamento di risorse economiche – rappresenta uno strumento di conoscenza della realtà sociale, con tutto il carico di implicazioni di vario genere che questo comporta. Anche la rappresentazione di contesto può e deve essere costruita nel percorso di governance e costituisce una forma di conoscenza concertata del contesto territoriale declinata nelle sue disparate sfaccettature: aspetti demografici, ambientali, economici, culturali, sociali, relazionali, le forme di governo, di mercato, di partecipazione politico-democratica.

In questo senso il PdZ è uno strumento culturale, prima ancora che metodologico e procedurale, che dovrebbe cercare di cogliere un insieme di a-

¹⁷ Introdotta con la Legge n. 328/2000 (Art. 19) e, a seguito della Riforma Costituzionale del 2001, "ratificata" dalle normative regionali vigenti per le singole Regioni, anche se con alcune diverse sfumature tra Regioni.

¹⁸ Ossia, la dimensione territoriale sovra-comunale, costituito da un insieme di comuni limitrofi e omogenei, appartenenti allo stesso distretto sanitario e stessa ASL.

¹⁹ Cfr. Gargiulo S. (2021), *Il dovere di stare accanto: Piani di Zona e servizi alla persona*, Ed. Centro Culturale Arché, Nocera Inferiore.

spetti di quel dato territorio per farne oggetto di condivisione e perno di decisioni appropriate, perché concertate sin dalle radici. Un itinerario collettivo, costituito da tappe anche negoziali, che progressivamente conduce ad una programmazione che dovrà essere il più possibile flessibile, proprio per le caratteristiche dinamiche con e su cui opera.

Nel contesto socio-economico che viviamo, caratterizzato da crisi ed emergenze, in cui si riduce sempre più il numero di persone al riparo dai rischi sociali, dove la condizione di povertà e di esclusione sociale – da affrontare e prevenire nelle sue forme più croniche, anche mediante gli interventi normativi nazionali di contrasto alla povertà – non riguarda più soltanto quelle persone “abituato” al rischio di emarginazione, un sistema di servizi sociali universalistico e finalizzato alla partecipazione, intesa anche in termini di inclusione, rappresenta una fondamentale condizione di sicurezza sociale per tutti i cittadini. Se associato ad azioni di sistema di prevenzione e contrasto alla precarietà lavorativa, questo sistema di governance sociale svolge la funzione di prevenzione e di contrasto dell’esclusione, affiancando e sostenendo le famiglie nelle loro molteplici funzioni di cura e presa in carico. D’altronde, i problemi e le difficoltà – anche naturali – che le persone affrontano nel loro ciclo di vita, sono il prodotto di un complesso intreccio di relazioni, conoscenze, competenze, aspettative, paure e speranze, dei contesti di vita, ambientali, economici, familiari. Essi possono derivare da improvvise condizioni di disabilità, di malattia e/o di povertà materiali.

È ormai un dato appurato e consolidato: la povertà economico-materiale, nella stragrande maggioranza delle situazioni, non si presenta da sola, ma è un aspetto di una realtà che raccoglie difficoltà anche sul piano educativo, culturale, relazionale. Il sistema dei servizi e degli interventi deve pertanto agire unitamente su diversi e connessi aspetti, tutti determinanti per l’efficacia di un’azione. È per questo che nessun SSP, da solo, per quanto organizzato efficientemente, sarà in grado di assicurare nel lungo periodo l’efficacia dei percorsi di inclusione delle persone svantaggiate che prende in carico.

In tal senso è fondamentale l’integrazione sussidiaria con le altre agenzie di servizi operanti sul territorio che, oltre che un indirizzo legislativo, rappresenta quindi una necessità concreta e un’esigenza quotidiana. Le politiche sociali incontrano le politiche economiche quando si pongono come obiettivo strategico la sostenibilità nel tempo dei percorsi di inclusione²⁰. E l’incontro tra politiche sociali e politiche di sviluppo non aiuta soltanto le politiche sociali a essere più efficaci, ma anche quelle di sviluppo locale ne traggono un prolifico beneficio.

²⁰ Cfr.: Monda P. *Programmare e costruire benessere sociale Appunti di programmazione e gestione di servizi alla persona per operatori sociali e studenti*, dispense inedite.

Le politiche sociali, infatti – nella nuova ottica della governance sociale, locale e sussidiaria – concorrono a migliorare i contesti culturali, sociali e relazionali nei quali intervengono. La presa in carico comunitaria del disagio e dell'esclusione sociale e di promozione della partecipazione attiva dei soggetti della comunità ai processi decisionali e attuativi del territorio, migliorano le relazioni di fiducia tra le persone e i tra soggetti, concorrendo alla produzione di capitale sociale²¹, fondamentale per l'equilibrio e sviluppo individuale nei contesti sani di relazioni.

Le politiche sociali, così, promuovendo la crescita del capitale sociale territoriale migliorano l'efficacia e la qualità delle politiche economiche nei contesti territoriali. Politiche sociali e politiche economiche si incontrano infatti quando queste ultime non ricercano la mera crescita economica, ma si prefissano uno sviluppo qualitativo del territorio, e ciò spesso coincide con il benessere delle persone che rappresenta l'obiettivo principale delle politiche sociali. In questo senso, l'economia non dimentica gli squilibri e le disuguaglianze a volte generate dal mercato, e avverte l'esigenza di confrontarsi e integrarsi con il sociale, promuovendo lo sviluppo socioeconomico che considera la persona mai come un mezzo, ma sempre come il fine. L'utilizzo di risorse pubbliche a sostegno di politiche ed interventi, alla stessa stregua degli investimenti pubblici per la realizzazione delle infrastrutture e per la tutela dell'ambiente, diventa un investimento necessario e non uno spreco di risorse, a sostegno dello sviluppo locale. E ciò sembra che stia in qualche modo accadendo in questa fase storico-normativa, che supera le giustificazioni da "assenza di risorse per il sociale" con i cospicui investimenti nazionali e regionali, ma che chiede un impegno progettuale e programmatico degno della realtà e del sistema di *governance* ormai delineatesi.

Le politiche sociali divengono così la variabile strategica nei percorsi di governance e di promozione della sussidiarietà verticale e orizzontale. Non rappresentano più un costo sociale passivo, ma diventano un investimento pubblico per lo sviluppo e il benessere collettivo.

D'altro canto, bisogna anche osservare che un efficace sistema di servizi territoriali concorre anche in maniera diretta allo sviluppo economico, attraverso la promozione e il sostegno al mercato sociale dei servizi, concorrendo in tal modo alla crescita dell'occupazione. I servizi domiciliari, residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili, i servizi per l'infanzia (0-3 e 0-6), i centri diurni per minori e adolescenti, non solo consentono migliore qualità di vita alle persone che ne usufruiscono ma sollevano indirettamente le famiglie da carichi assistenziali, spesso insostenibili perché non conciliano i

²¹ Concetto sociologico, utilizzato da James Coleman nella sua costruzione di una teoria sociale generale opposta alla tesi individualista tipica dell'economia classica.

tempi di vita e di lavoro. Perciò la presenza di questi servizi migliora la qualità del lavoro per le aziende, la qualità della vita per i lavoratori e la qualità relazionale tra le persone e nelle famiglie. Crescono cioè le condizioni di benessere collettivo e contemporaneamente aumenta il grado di competitività dei territori ai fini dell'intercettazione di nuovi investimenti. Allo stesso tempo, l'attivazione di questi servizi crea nuovi posti di lavoro che, peraltro, in ambito sociale costano molto meno di quelli in ambito sanitario e/o industriale.

4. Quali forme di gestione per un assetto efficace e di qualità

Per poter operare quanto finora espresso, il sistema dei servizi e degli interventi sociali deve necessariamente trovare assetto – insieme strutturale e gestionale-organizzativo – che consenta a tutta la potenzialità dell'approccio di governance di fiorire con tutte le sue positive risorse.

Secondo l'Art. 6 della Legge n. 328 del 2000, le funzioni amministrative concernenti i servizi sociali sono affidati ai Comuni associati nelle forme previste dal Testo Unico degli Enti Locali e l'Art. 19 affida ad essi la definizione e realizzazione del Piano Sociale di Zona (PdZ). La stessa legge²² affida alle Regioni la definizione degli ambiti territoriali per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete. Ogni Regione, pertanto ha definito con propria legge regionale le modalità di gestione associata²³.

La disposizione per cui i servizi sociali e sociosanitari devono essere obbligatoriamente svolti in forma associata significa che essi non rientrano più nella titolarità dei Comuni singoli ma solo in quella dei Comuni associati. Pertanto, la gestione non associata dei servizi sociali è illegittima e può diventare, peraltro, fonte di danno erariale. Il superamento della dimensione localistica comunale rappresenta infatti un punto centrale del processo di riforma dei servizi sociali; esso trova la sua legittimazione nella necessità di trovare assetti organizzativi e gestionali in grado di assicurare le necessarie economie di scala e la dimensione territoriale più idonea a sostenere l'intera filiera dei servizi sociali e sociosanitari, a consentire il dialogo e la collabora-

²² Art. 8, co. 3, lett. a).

²³ In Campania la Legge regionale n. 11 del 2007, intervenuta anche a seguito della Riforma Costituzione del Titolo V, all'art. 19 affida alla Giunta regionale la definizione degli ambiti territoriali sociali che risultano coincidenti con i distretti sanitari o loro multipli, purché rientranti nella medesima ASL; all'art. 10, co. 2, la L.R. dispone che i Comuni associati adottino, su proposta del Coordinamento Istituzionale, la forma associativa per l'esercizio delle funzioni sociali e le modalità di gestione degli interventi e dei servizi programmati nel PdZ, ai sensi del TUEL (Testo Unico Enti Locali).

zione con gli altri soggetti pubblici territoriali²⁴ e a garantire pari opportunità di accesso alla rete locale dei servizi.

In Italia, sono presenti circa ottomila Comuni: metropoli con oltre un milione di abitanti, fino a borghi storici con poche centinaia. Fermo restando la salvaguardia delle svariate identità locali, la necessità di definire ambiti territoriali omogenei di gestione dei sistemi di servizi locali rappresenta una necessità assoluta per assicurare economicità, efficienza ed efficacia gestionali.

È importante, in primo luogo, chiarire che le forme associative non vanno confuse con le forme di gestione. Le forme associative rappresentano la forma giuridica che gli enti pubblici intendono darsi quando decidono di associarsi per esercitare unitariamente funzioni attribuitegli dall'ordinamento. Le forme di gestione si riferiscono agli strumenti²⁵ previsti dall'ordinamento per gestire, realizzare ed erogare i servizi e le prestazioni. Il D.Lgs. n. 267 del 2000²⁶ ha sottolineato tale distinzione, disciplinando le forme associative di funzioni con gli artt. 30-34, mentre le forme di gestione agli artt. 112-116.

Le forme associative previste dal TUEL sono: la Convenzione intercomunale, i Consorzi, l'Unione dei Comuni e, in una certa forma, gli Accordi di programma. La Legge n. 42 del 2010 ha ridotto a due le forme di esercizio associato di funzioni comunali: l'Unione dei Comuni e la Convenzione. Scompare per un certo tempo il Consorzio quale forma associativa, ma non come forma di gestione associata dei servizi²⁷.

La Convenzione, ai sensi dell'art. 30 del TUEL, è la forma associata più leggera prevista dall'ordinamento per svolgere in modo coordinato funzioni e servizi determinati. Essa può anche prevedere la delega di funzioni da parte degli enti sottoscrittori a favore di uno di essi che opera in nome e per conto degli enti deleganti. A tal fine, il co. 4 dell'articolo 30 prevede espressamente l'istituzione di un ufficio comune «al quale affidare le funzioni pubbliche in luogo degli enti partecipanti all'accordo». Pertanto, gli enti associati in Convenzione pur restando titolari delle proprie funzioni, invece di esercitarle singolarmente, ne affidano l'esercizio associato a un ufficio comune che opera «con personale distaccato dagli enti partecipanti» e, ove necessario, con consulenti e collaboratori esterni. Questa forma associativa è priva di veste giuridica autonoma e quindi non dispone di autonomia organizzativa e di

²⁴ ASL, INPS, Agenzie per l'impiego, Scuola, Enti di formazione, Agenzie di sviluppo locale, ecc.

²⁵ Atti, modalità, comportamenti giuridici.

²⁶ Meglio conosciuto come il Testo Unico degli Enti Locali (TUEL), e considerato tra i più importanti, se non quello in assoluto, testi normativi che guidano l'azione degli enti locali.

²⁷ A seguito di un'annosa quanto controversa bagarre normativo-giuridica, che ha visto proliferare di sentenze, pareri, deliberazioni, di varie Corti dei conti, la Legge di Bilancio 2017 – n. 232 del 2016, all'art. 1, co. 456 – ha ripristinato la possibilità di costituire consorzi di servizi sociali, in deroga a quanto prescritto dalla Legge Finanziaria 2009.

bilancio. Perciò gli enti sottoscrittori devono individuare tra di essi un ente capofila, che assume la rappresentanza legale di tutti gli enti associati in Convenzione e ospita nel proprio bilancio la gestione contabile dei servizi e delle prestazioni svolti in forma associata. La mancanza di una propria dotazione organica non sempre consente la presenza di personale in pianta stabile. Ed anche tutti i rapporti di lavoro esterni attivati con la Convenzione (sia di lavoro dipendente che autonomo), anche se finanziati con il Fondo Unico di Ambito, vanno esclusivamente ricondotti alla titolarità e alla responsabilità del soggetto capofila. I contenuti della Convenzione²⁸ sono concordati dai sottoscrittori nello schema di Convenzione e approvati da tutti gli organi consiliari prima della definitiva sottoscrizione da parte dei rispettivi rappresentanti legali. Alla Convenzione possono partecipare in qualità di enti associati, sia la Provincia/Città Metropolitana (in quanto ente locale territoriale) che l'ASL (in quanto ente locale istituzionale).

La Convenzione, che pure ha consentito alla forma associata di affermarsi rispetto alla dimensione strettamente municipalistica, risulta strutturalmente debole: essa non ha gli organi di governo protetti da una veste giuridica propria, non ha autonomia organizzativa e di bilancio, con il rischio che – con la stretta imposta della finanza locale, i vincoli del patto di stabilità, la precarietà degli apporti lavorativi – tutto scivoli verso un'egemonia del comune capofila o ad un arresto causato dalle difficoltà di rapporto tra le diverse amministrazioni, o anche delle innumerevoli incombenze già investono quello stesso comune capofila in tutti gli altri settori della variegata vita comunale.

Con l'Unione dei Comuni, ai sensi dell'art. 32 del TUEL, è possibile l'esercizio sia di funzioni delegate che di servizi. Dalla lettura del primo comma dell'art. 32, si evince chiaramente l'impossibilità di costituire un'Unione di Comuni per esercitare una singola funzione. La norma parla, infatti, espressamente di "pluralità di funzioni". Ed effettivamente non avrebbe senso costituire un'Unione di Comuni per esercitare una sola funzione tenuto conto che trattasi di un super-comune a tutti gli effetti, costituito dai medesimi organi dell'ente locale (Presidente, Consiglio, Giunta dell'Unione). Insomma, l'Unione di Comuni è la forma associata ideale per l'esercizio di una molteplicità di funzioni utili ad assicurare economie di scala e maggiore efficienza gestionale per aree sovracomunali con forticaratteristiche di omogeneità geomorfologiche e socioeconomiche. Ma non avrebbe senso né legittimità la costituzione di un'Unione di Comuni per la sola gestione dei servizi sociali.

L'Accordo di programma, ai sensi dell'art. 34 del TUEL, è in sintesi una

²⁸ Modalità di funzionamento e di scelta del capofila, durata, forme di consultazione e di coordinamento, quote di rappresentanza e di compartecipazione finanziaria, struttura dell'Ufficio di Piano, modalità di scelta del Dirigente dell'UdP, dotazioni strumentali, ecc.

forma associativa meno strutturata, valida per dare un vincolo di obbligatorio ad una qualsivoglia intesa che viene sottoscritta tra Enti pubblici e che preveda un'azione integrata e coordinata tra loro. È dunque uno strumento che innalza a norma di legge – valida per quegli Enti che l'hanno sottoscritta – quel tale accordo. Un passaggio importante perché garantisce stabilità alle decisioni assunte, a prescindere dagli eventuali avvicendamenti politico-amministrativi. Proprio per questo motivo è usato per adottare il PdZ.

Anche il nuovo ciclo di programmazione sociale apertosi dal 2017, con la nuova stagione dei Piani Sociali Nazionali e la proroga del PON Inclusion e dei vari POR 2021-2027, suggerisce la possibilità di transitare a forme di gestione associata più strutturate ed autonome, quali l'Unione dei Comuni – che però presenta un altro genere di criticità come già accennato – oppure l'Azienda e il Consorzio, quanto meno per fase di gestione dei servizi e interventi integrati.

Per quanto attiene la gestione associata dei servizi sociali, però, la situazione si rivela complessa a causa della miriade di provvedimenti normativi (ma anche sentenze e deliberazioni di varie A.G. amministrative) che si sono succeduti differenziando i servizi pubblici a rilevanza economica²⁹ e i servizi pubblici privi di rilevanza economica³⁰ – con la difficoltà di comprensione della collocazione dei servizi e interventi sociali, che progressivamente sono stati intesi come servizi pubblici a rilevanza economica. E non potrebbe essere diversamente, tenuto conto che anche le procedure per affidare a terzi i servizi socioassistenziali necessitano di criteri di evidenza pubblica, e che esiste un vero e proprio regime concorrenziale tra più operatori che, attraverso la realizzazione di questi servizi pubblici, ricercano un profitto di impresa. D'altro canto, è vero anche che questa tipologia di servizi – i servizi socioassistenziali – potrebbe essere inquadrata da un'altra prospettiva: non è tanto la rilevanza economica o meno a fare la differenza, ma il fatto stesso di essere servizi pubblici che, al di là della componente economica, non sarebbero realizzati nel libero mercato se non senza un intervento pubblico che assicuri accessibilità, non discriminazione, qualità. Una logica europea, quest'ultima, non ancora colta in maniera puntuale dall'ordinamento italiano.

Il Consorzio, ai sensi dell'art. 31 del TUEL, è la più antica forma stabile di cooperazione fra enti pubblici. Esso resta in piedi per i servizi sociali, grazie alla Legge di Bilancio 2017, in deroga a quanto prescritto dalla Legge Finanziaria del 2009. Il consorzio rappresenta una forma associata più decisa e

²⁹ Come definito dal Consiglio di Stato, Sez. V del 30.08.2005: servizi che presentano, per la modalità di esplicazione, una rilevante componente economica, tesa ad assicurare non solo la mera copertura delle spese sostenute, ma anche un potenziale profitto di impresa.

³⁰ Sono stati considerati tali quei servizi, la cui erogazione non comporta, neppure in astratto, un utile o avanzo di gestione.

strutturata rispetto alla Convenzione. È dotato di personalità giuridica autonoma, e quindi di autonomia di bilancio e di una propria dotazione organica e finanziaria. I Comuni consorziati delegano le funzioni al Consorzio che le esercita in loro vece. È dotato di propri organi di governo e di gestione³¹, eletti secondo le modalità definite in un apposito Statuto. Per costituire un Consorzio si rende necessaria, infatti, sia la definizione di una Convenzione che regola i rapporti tra gli Enti consorziati, sia di uno Statuto che regola il funzionamento del nuovo soggetto giuridico. Entrambi questi strumenti devono essere approvati da tutti gli organi consiliari dei soggetti consorziati che, si badi bene, possono essere solo ed esclusivamente soggetti pubblici. Gli enti pubblici consorziati conferiscono al nuovo soggetto il capitale di dotazione, determinano finalità e indirizzi, esercitano la vigilanza, verificano i risultati di gestione. Il Consorzio si costituisce con atto pubblico notarile.

Una forma che appare ancor più certa e stabile, sul piano interpretativo normativo, è quella che il TUEL consente, ai sensi dell'art. 31, co. 1, di costituire consorzi secondo le norme previste per le aziende speciali di cui all'art. 114 del TUEL stesso, ossia le Aziende speciali consortili (ASP) che a, differenza dei Consorzi, non sono soggette – se non parzialmente – ai vincoli di finanza pubblica in materia di patto di stabilità interno e di assunzioni di personale. L'ASP ha tre principali caratteristiche³²:

- è dotata di personalità giuridica: è iscritta al registro delle imprese, è assoggettata al regime fiscale e alla disciplina di diritto privato per quanto attiene l'impresa e i rapporti di lavoro dei dipendenti, gode di autonomia patrimoniale rispetto all'Ente di appartenenza;
- è un ente strumentale dell'Ente Locale: le sue attività devono essere orientate al medesimo scopo degli enti che la istituiscono, ossia il benessere e lo sviluppo della collettività locale. Pur nell'accentuata autonomia locale, dunque, l'ASP conserva un carattere pubblico;
- gode di autonomia imprenditoriale: un'autonomia estesa a ricomprendere tutto quanto non spetti all'Ente Locale. A esse è imposto l'obbligo dell'osservanza del principio di efficacia, efficienza, economicità, oltre che del pareggio di bilancio. L'ASP resta comunque soggetta al diritto pubblico, e la sua vita negoziale resta regolata da procedure, atti amministrativi, deliberazioni, che esprimano la volontà degli Enti da cui è costituita.

L'ASP appare, senza ombra di dubbio, la risposta alla necessità di gestire il sistema dei servizi sociali locale con l'approccio di governance sociale e sussidiaria. Essa è uno strumento avanguardistico, da non intendere soltanto

³¹ Assemblea, CdA, Presidente, Direttore.

³² Cfr. Gargiulo S. (2021), *Il dovere di stare accanto: Piani di Zona e servizi alla persona*, Ed. Centro Culturale Arché, Nocera Inferiore.

come organo a cui delegare propri compiti; esso rappresenta la possibilità di investimento straordinario per promuovere il sistema di welfare complessivo, valorizzandone le potenzialità, in quel dato contesto territoriale. L'ASP può così assolvere sia al mero coordinamento della gestione dei servizi, sia all'erogazione diretta degli stessi. Al contempo può supportare la programmazione territoriale con gli Enti Pubblici o con i soggetti privati operanti nel campo dei servizi sociali.

Essa può assumere la conformazione di un'azienda speciale impegnata nella gestione dell'area dei servizi alla persona, sostituire la classica forma associativa della Convenzione per gestire in maniera più efficace i servizi socioassistenziali di un Ambito Sociale. Gli Enti comunali di quest'ultimo dovranno sottoscrivere una convenzione nella quale siano definiti i soggetti, gli strumenti e le modalità necessarie al suo funzionamento. Gli stessi Comuni, divenuti soci dell'Azienda, ne approvano lo Statuto che ne regolerà la vita. Dovrà essere approvata anche il Piano di programma, comprensivo del bilancio, triennale e per ogni singolo anno, il budget triennale e il piano del fabbisogno del personale (dotazione organica). Con un apposito contratto di servizio saranno regolati i rapporti tra l'Azienda e i Comuni soci. L'Azienda, che ha un autonomo assetto istituzionale, si avvarrà di propri organismi di gestione: l'Assemblea dei soci (i Comuni), il Consiglio di Amministrazione, il Presidente e un Direttore, organo tecnico d'ufficio. L'Azienda può così svolgere il proprio compito di gestione associata dei servizi e interventi sociali e sociosanitari; può organizzarli e gestirli in proprio o esternalizzarli mediante procedure di gara, o anche tramite l'auspicabile ricorso alla co-progettazione³³. Ciò chiaramente con tutti i limiti, a tutela della trasparenza e della concorrenza, citati in precedenza e previsti dalla normativa vigente.

L'ASP, in definitiva, rappresenta – allo stato – la forma di gestione dei servizi che appare più idonea all'approccio di governance sussidiaria, ma anche capace di superare nell'immediato problematiche annose che impattano sulla vita operativa degli Ambiti Sociali: sul versante finanziario, si supera il Patto di Stabilità che attanaglia il ruolo del Comune capofila nel ruolo di depositario del FUA (Fondo Unico d'Ambito). Il trasferimento dei fondi, infatti, presso la tesoreria dell'Azienda non vincolerebbe quest'ultima ai legami imposti per la spesa³⁴. In secondo luogo, sul versante occupazionale, consentirebbe di impostare una dotazione organica di personale adeguata, vista la deroga al blocco delle assunzioni possibile soltanto per un'Azienda speciale³⁵.

³³ Si rinvia al Codice del Terzo Settore [D.Lgs. n. 117/2017] e ai successivi interventi normativi e/o deliberazioni anche a cura dell'ANAC.

³⁴ Ai sensi dell'art. 4, L. n. 89 del 2014.

³⁵ Ai sensi dell'art. 1, L. n. 147 del 2013.

Una possibilità concreta di fornire un serio e congruente upgrade alla qualità dei servizi socioassistenziali e sociosanitari offerti nel quadro normativo del sistema integrato locale.

5. Gestione, qualità, umanizzazione

In estrema sintesi, e per focalizzare quanto possiamo dedurre in definitiva da quanto abbiamo trattato in questa parte, possiamo certamente affermare che:

- l'umanizzazione dei servizi sociali si realizza pienamente attraverso l'evoluzione dei modelli di gestione, nell'imprecindibile e improcrastinabile direzione tracciata dalla partecipazione attiva di tutti i portatori d'interesse a ogni fase del processo gestionale;
- la co-progettazione, citata in precedenza, unitamente alla co-programmazione³⁶, rappresenta una delle sfide più affascinanti da affrontare nei prossimi anni, in cui Pubblica Amministrazione ed Enti del Terzo Settore, con pari dignità, e in rappresentanza "prossima" dei cittadini, potranno compiutamente contribuire alla costruzione del sistema integrato dei servizi sociali e socio sanitari, partendo dall'analisi del bisogno, passando per la pianificazione, la programmazione, la progettazione, la valutazione e la ridefinizione continue del welfare contemporaneo;
- i livelli essenziali delle prestazioni sociali – la cui normazione statale si è finalmente avviata – rappresentano sia la sfida da rendere esigibile, sia la garanzia che non si torni indietro a quel welfare dei diritti "negati", ma che si proceda spediti verso un welfare che metta al centro le persone, "le" comunità e, al contempo, le loro trasformazioni.

³⁶ Così come declinate nell'art. 55 del D.Lgs. n. 117/2017, Codice del Terzo Settore.

3. Umanizzazione delle cure e ruolo politico degli operatori sociosanitari

di *Massimo Corrado*

Il concetto di umanizzazione delle cure, definibile come l'attenzione alla persona nella sua totalità, composta di bisogni biologici, psicologici e relazionali, ha accompagnato l'evoluzione della medicina e le vicende professionali degli operatori medici e sociosanitari, e contribuito alla ridefinizione dei luoghi e delle pratiche di cura per tutte le persone di ogni categoria sociale. Lo sviluppo del campo medico, con le continue nuove possibilità consentite dalle tecnologie, ha prodotto un approccio molto focalizzato e parcellizzato sulla patologia o sull'organo malato, con le specializzazioni sempre più accurate e selettive, riducendo attenzione e considerazione sull'uomo malato nel suo insieme, influenzando gli studi, la ricerca, il disegno dell'organizzazione sanitaria, la formazione dei medici e degli altri operatori sanitari, ma anche le aspettative dei cittadini singoli e associati. L'umanizzazione è "la capacità di rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico assistenziali 'aperti, sicuri e senza dolore' conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino" (L. Turco, 2006).

Di sicuro interesse sono i seguenti propositi del Ministro di allora, contenuti nel Patto per la salute del 2014:

Ritengo importante un rafforzamento di Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari Regionali), con un ruolo di gestione e di verifica del sistema. Tutto questo attraverso la riorganizzazione della rete ospedaliera e del territorio, fondamentale per garantire la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino-paziente. Un altro tema al quale tengo molto è appunto quello dell'importanza dell'umanizzazione delle cure. Nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, va quindi condiviso l'impegno ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgono gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza" (newsletter del Ministero della Salute – n. 6 anno 2014).

Questo documento contiene alcuni elementi che disegnano un settore sanitario articolato in reti ospedaliere e reti territoriali, incentrate queste ultime sui distretti; le due articolazioni hanno presentato a partire dal 1994 dinamiche complesse, con una prevalenza di risorse destinate alle strutture ospedaliere, che ha portato gli stessi dirigenti e operatori a definire l'intero settore come "ospedalocentrico", destinando di conseguenza marginali risorse ai distretti. Ma una prevalenza di risposte basate sul ricorso alla rete ospedaliera genera volumi di prestazioni improprie, accrescendo le spese sanitarie, producendo risposte limitate e provoca disagi enormi come lunghe liste di attesa, sovraffollamento nei Pronto Soccorso, luoghi altamente stressanti e non rispettosi molto spesso di una accoglienza dignitosa. Il sovraccarico dei reparti a fronte di una scarsità di risorse umane, con età media elevata degli operatori, causata dal blocco protratto delle assunzioni, generano risposte professionali lontane da quelle ottimali. Sotto l'impatto della pandemia sono apparsi evidenti i limiti e le implicazioni di questa organizzazione dei servizi: le Regioni dotate di reti socio-territoriali efficaci hanno riscontrato percentuali di decessi nettamente inferiori tra i contagiati, facendo esprimere la Corte dei conti in questi termini "la mancanza di un efficace sistema di assistenza sul territorio ha lasciato la popolazione senza protezioni adeguate" (Corte dei conti, *Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica*, p. 25). Per comprendere cosa si intende per centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale è utile soffermarsi sui concetti di biomedicina e di malattia, così come si articolano nella cultura occidentale. La definizione di biomedicina attribuisce alla stessa i caratteri seguenti: egemone; ufficiale; moderna; scientifica; cosmopolita. A tali caratteri si accompagna una teoria della conoscenza tradizionale biomedica, che interpreta il linguaggio scientifico come specchio della natura, implicitamente oggettivo e realista, che costruisce la nostra percezione del corpo e della malattia all'interno di una prospettiva che ci mostra corpo e malattia come entità oggettive e universali, non soggette quindi alla variabilità culturale, anzi definite come contrapposte alla soggettività e alla cultura. Secondo B. J. Good¹, nel suo *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, il linguaggio della medicina non è affatto un semplice specchio del mondo empirico. È invece un ricco linguaggio culturale, legato ad una versione della realtà altamente specializzata e a un altrettanto specializzato sistema di relazioni sociali, dove le questioni tecniche si intrecciano strettamente con profonde concezioni morali, definendo la biomedicina come sistema culturale. Riflettendo inoltre sul concetto di malattia alcuni autori²

¹ Good B.J. (2006), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Einaudi, Torino.

² Pizza G. (2005), *Antropologia medica: saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci,

definiscono tre dimensioni della stessa: *disease*, malattia come entità biologica; *illness*, malattia come esperienza soggettiva di sofferenza; *sickness*, malattia come ruolo sociale. Le tre dimensioni non sono colte in maniera bilanciata ed equa nei nostri sistemi sanitari, dove prevalgono pratiche e organizzazioni di lavoro finalizzate a contrastare principalmente il *disease*, secondariamente l'*illness*, mentre residuale permane l'impegno sulla malattia in quanto ruolo sociale. Se pensiamo al dibattito sull'uso di potenti analgesici per le patologie oncologiche, dove il maggior consenso si addensa riservandone l'impiego solo nelle fasi terminali delle stesse, comprendiamo come l'esperienza soggettiva di sofferenza venga letto con schemi di riferimento culturalmente caratterizzati. Per altri versi, significativi sono i dilemmi legati alle comunicazioni dello stato di salute ai diretti interessati e ai loro familiari: dire, secondo le conoscenze del caso, le reali condizioni e stadi della patologia in atto, a chi comunicarle, porsi domande sull'opportunità di informare in maniera completa gli interessati. Su questo ultimo punto grava come un macigno la presenza di una rete web, ironicamente "dottor Google", che offre una quantità di informazioni troppo spesso non mediate da alcuna competenza professionale ed etica, sempre disponibile e consultabile che cala direttamente senza alcun filtro competente nelle soggettività sofferenti. Aver potenziato tramite le tecnologie e le biotecnologie l'efficacia nelle risposte sulle malattie come entità biologiche, non è stata per nulla accompagnata da analoghi progressi nelle altre due dimensioni. Una delle chiavi possibili per umanizzare le cure è rappresentata nella costruzione di spazi utili per narrare la malattia, poiché è attraverso la forma della narrazione, che le persone – non più solo pazienti – attribuiscono un senso alla propria esperienza del male e della sofferenza. Raccontare la storia di malattia, cercare e trovare le parole per esprimersi, consente di rielaborare in modo soggettivamente creativo le categorie culturali di riferimento, inserendo l'esperienza di sofferenza in un coerente percorso biografico di cui fa parte una prospettiva futura. Il "campo" in cui lavorano medici e operatori sociosanitari è complesso e umanamente delicato, che necessita di essere approcciato in modo articolato, complesso, sottile e multidisciplinare³. Una persona può anche guarire da una malattia grave, ad esempio di tipo oncologico, ma non necessariamente e simultaneamente, dalla malattia come problema per lui, per i suoi familiari e per le sue reti primarie, di cui il medico non può non farsi carico durante l'iter terapeutico⁴. Allargare la visione alle diverse dimensioni della malattia

Roma.

³ Bertolini P. (1994), *Un possibile (necessario?) incontro tra la pedagogia e la medicina*. In G. Bertolini a cura di, *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina enella formazione del medico*, Guerini, Milano, pag. 65.

⁴ Bert G. (2007), *Medicina narrativa*, Il Pensiero Scientifico, Roma, p. 37.

è possibile incentivando percorsi formativi e di aggiornamento che si rifacciano alle esperienze maturate nell'educazione degli adulti, come campo del sapere adatto a costruire opportunità educative e formative, orientate a migliorare e innalzare la consapevolezza e la riflessività sulle identità professionali di quanti operano nei luoghi della cura.

Una visione multidimensionale consente di cogliere il vissuto di sofferenza soggettiva delle persone e delle incrinature dei propri ruoli sociali: quanto pesano nelle patologie croniche le rinunce ai precedenti stili di vita, seppur patogenetici, nella necessità di riadattamento ed elaborazione della nuova condizione. Nelle strutture ospedaliere tutti i professionisti "curanti" si confrontano quotidianamente, e per la maggior parte del loro tempo di lavoro, con il dolore, le sofferenze e la morte degli altri, con inevitabili riflessioni su una condizione umana che accomuna "curanti" e "curati" nelle comuni fragilità esistenziali. Molto spesso ciò che accade all'altro viene percepito come un possibile evento che può accadere anche a sé stessi: non basta rifugiarsi in asettiche competenze e conoscenze tecniche, se le interpretiamo come cinture di sicurezza invalicabili. Serve invece utilizzare queste comuni percezioni di fragilità come codici comunicativi, che permettano di ritrovarsi dalla parte di chi abbiamo di fronte, recuperando le esperienze che si sono vissute quando si è stati bisognosi di assistenza, o lo sono stati i nostri cari, come ci siamo sentiti nei momenti di sofferenza, di bisogno, nelle attese prima di essere visitati, cosa ci ha aiutato a gestire le apprensioni, le ansie di quei momenti, se c'è stato qualcosa che non abbiamo ritenuto accettabile. La comunicazione della diagnosi incrina un intero mondo soggettivo, mettendo in discussione molti elementi che si davano per scontati, costringendo le persone o a rimanere bloccati su "un niente sarà come prima", rimpiangendo un "prima di" nei termini di angoscianti perdite, o a prendere atto della malattia nei termini reali e rilanciarsi su tutto ciò che è possibile essere, fare e pensare, valorizzando e dando prevalenza alle risorse di cui ancora si dispone.

Teniamo conto che valorizzare la complessa esperienza soggettiva di malattia consente agli operatori di poter meglio monitorare lo stato di benessere della persona, di cercare alternative in pratiche di cura più sostenibili e di migliorare l'adesione al progetto terapeutico. Al centro delle attività di cura dei professionisti vanno poste le relazioni che si instaurano con le persone che si rivolgono ai servizi, pensate come incontri tra storie, portatrici di vissuti e di significati. Numerosi studi hanno dimostrato che il modo in cui il paziente e i familiari vivono e percepiscono l'esperienza della malattia viene influenzato sia da fattori di tipo clinico, medico e professionale, sia da elementi di altra natura, riferibili a sfere diverse da quella strettamente biologica. È confermata, infatti, l'evidenza scientifica che questi fattori, che non riguardano il livello tecnico, scientifico e professionale delle cure prestate, non solo

incidono notevolmente sul modo di vivere e percepire l'esperienza della malattia, ma hanno ricadute sugli stessi esiti clinici. In particolare, sono ritenuti molto rilevanti aspetti quali il livello delle interazioni tra personale sanitario e pazienti, l'accesso alle informazioni, la qualità dell'ambiente fisico in cui vengono curati, l'adozione di un approccio che supporti in senso olistico la persona nella sua complessità: la sua mente, il suo corpo, il suo spirito. Di sicuro interesse è l'approccio che trova i suoi principali riferimenti nelle *Medical Humanities*, nate negli Stati Uniti intorno agli anni '70 e centrate sul paziente, che hanno rappresentato un lungo percorso di riscoperta delle dimensioni relazionali e narrative all'interno della medicina, privilegiando, nel rapporto medico-paziente, gli aspetti specificamente riferiti alla dimensione umana e personale. Le *Medical Humanities* rappresentano un importante sviluppo di sensibilità che parte all'interno dell'ambiente medico, come reazione a un'attività medica eccessivamente orientata verso una pratica parcellizzata e tecnologica. Le *Medical Humanities* tendono a recuperare una dimensione della clinica attenta all'individuale, alla narrazione, alla dimensione emotiva, al pensiero morale e alle idee di bene e di felicità. Centrale nella prospettiva delineata dalle *Medical Humanities* e dalle successive *Narrative Based Medicine* e *Patient Based Medicine* è la tensione verso il tentativo di comprensione del paziente e della sua storia di malattia. Alcuni studi (Langewitz *et al.*, 2002) hanno dimostrato come, ai fini di una corretta valutazione clinica, sia importante durante la fase anamnestica lasciare uno spazio adeguato al paziente per la propria narrazione per permettere una corretta formulazione della diagnosi. Un interessante studio condotto presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia di Cagliari⁵ ha evidenziato come particolarmente rilevante latendenza, da parte degli studenti di Medicina, a realizzare durante i colloqui con alcuni pazienti (grazie a un'attività strutturata di *role play*) numerose "sovrapposizioni", ovvero interruzioni del racconto del "paziente". È evidente come queste "interruzioni", oltre a deteriorare la relazione col paziente, come vedremo più avanti, costituiscano un problema anche dal punto di vista epistemologico e clinico. Il problema, in effetti, è quello di recuperare un corretto rapporto nella relazione. Il colloquio anamnestico ha costituito infatti per lungo tempo la base della valutazione diagnostica. L'esplosione della medicina basata sulle evidenze e in particolare della diagnostica strumentale, con le enormi potenzialità che ha portato con sé, ha sempre più eclissato l'anamnesi tradizionale. Sempre di più, infatti, il medico si limita a proporre al paziente domande chiuse, come completamento e verifica delle proprie evidenze strumentali. Secondo lo studio condotto da Easter e

⁵ Faa G. *et al.* (2008), *Umanizzazione e professione sanitaria. Comunicazione, organizzazione e territorio*, FrancoAngeli, Milano.

Beach⁶, l'eccessivo ricorso alle domande chiuse porta gli operatori a non valutare segnali e informazioni anche assai rilevanti provenienti dai pazienti, sino a sfiorare l'inquietante percentuale del 70% dei segnali ignorati. Inoltre, i criteri organizzativi vigenti tendono a restringere il tempo a disposizione, in una visione aziendalistica dell'organizzazione sanitaria: è più bravo e competente, ed economicamente redditizio, chi fa più visite o colloqui o prestazioni a parità di tempo disponibile. Il predominio di indicatori quantitativi come misure esclusive dell'efficienza dei sistemi della cura. Dal punto di vista della costruzione dell'alleanza terapeutica, intesa come relazione di lavoro cooperativa tra persona e terapeuta, particolarmente rilevante è la soddisfazione del paziente, il suo gradimento della detta relazione. La soddisfazione del paziente è bassa, quando questi non riceve adeguate informazioni. La soddisfazione del paziente – e quindi anche la sua *compliance* – tende a calare quando questi percepisce dinamiche non ottimali, in particolare, quando lo stile del medico è improntato al paternalismo, o quando il paziente non sente accolta la propria storia di malattia. La *compliance* sale, invece, quando, durante il colloquio clinico, gli operatori mostrano accoglienza verso l'intera dimensione del paziente, ivi inclusi gli aspetti socio-emotivi.

Di contro, si rileva infatti la tendenza di molti operatori, come abbiamo già visto, a interrompere spesso il proprio interlocutore (sovrapposizione) o a rivolgergli domande chiuse, che conducono il colloquio in un'unica direzione. Una ricerca effettuata presso pazienti oncologici ha dimostrato, infatti, che le abilità di *coping*, intese come la capacità di fronteggiare attivamente situazioni nuove, sono molto maggiori in pazienti che hanno ricevuto una maggiore quantità di informazioni e che hanno manifestato una soddisfazione marcata durante il colloquio clinico.

La raccomandazione dello studio era quella di fornire il maggior numero possibile di informazioni (anche per migliorare la ritenzione mnemonica delle stesse) e di accompagnare, se possibile, il paziente con una videoregistrazione del colloquio, per permettergli di ritrovare a casa informazioni e suggerimenti. In linea con gli sviluppi più recenti della psicologia sociale, si è rilevato come l'attenzione non debba concentrarsi solo sulle dinamiche verbali (Watzlawick, 1967), ma sull'intera dinamica relazionale. Lo stile comunicativo insomma investe non solo le parole ma l'intera gamma delle comunicazioni paraverbali. Variabile importante, infatti, è stata, nella valutazione dei risultati, la capacità dell'operatore di sorreggere emotivamente il paziente e non solo di effettuare un trasferimento corretto di contenuti co-

⁶ Easter D.W., Beach W. (2004), *Competent patient care is dependent upon attending to empathic opportunities in Current Surgery*. Department of Surgery, University of California San Diego School of Medicine, and School of Communication, San Diego State University, San Diego, California.

gnitivi, sostenendo lo sguardo del paziente direttamente negli occhi (specialmente in caso di comunicazione di diagnosi infausta o di malattia cronica), mostrando calore e interesse emotivo, non interrompendo il suo eloquio e prestando attenzione ed interesse alla sue domande o proposte (Onget *et al.*, 2000)⁷. Un'altra variabile che non poteva non essere presente è quella temporale, cruciale in un momento in cui le comunicazioni tendono a essere sempre più brevi e costipate. Anche in questo caso, tutti gli indicatori sottolineano come maggior tempo a disposizione per la comunicazione aumenti il livello di soddisfazione. Il livello di soddisfazione della comunicazione non è solo un indicatore di buona qualità della stessa, ma assume valore cruciale nella messa a punto dei percorsi terapeutici. Si è, infatti, evidenziato come una buona comunicazione sia essenziale nella creazione di un'adeguata *compliance* con il paziente. Diversi studi sottolineano infatti la scarsa adesione al trattamento terapeutico in pazienti che hanno rilevato una comunicazione non soddisfacente⁸. Sicuramente, i miglioramenti in questo campo sono dati sia dagli approcci della NBM e dalla PCM, che abbiamo analizzato prima, sia dagli approcci di educazione terapeutica che vedremo più avanti. Gli approcci psico-sociali hanno inoltre tematizzato l'importanza che nella comunicazione sanitaria assume il contesto, ovvero l'ambiente, il luogo nel quale si svolge l'interazione comunicativa. Sulla scia delle impostazioni socio-costruttiviste, da Watzlawick in avanti, anche il luogo diventa significativo. La struttura costruisce la comunicazione assieme a noi e ne determina sia lo stile sia i contenuti. Studi americani hanno infatti evidenziato (Lannamann *et al.*, 2010) come la comunicazione clinica variasse a seconda di dove si svolgeva la conversazione (Ospedale o Hospice) e come questo influisse sull'interazione dei diversi attori in gioco e come il clima più accogliente dell'Hospice, con minori elementi istituzionali, favorisse l'emergere di contributi da parte del paziente e dei suoi familiari, sino ad arrivare a una situazione di scarsa gestibilità, generando un *loop* comunicativo che si avvitava su se stesso. Lasciando da parte quest'ultimo aspetto, che può essere migliorato incrementando le competenze comunicative e di etica clinica degli operatori, sicuramente interessante è il fatto che l'ambiente dell'hospice meglio si presti a una maggior coinvolgimento del paziente e della sua cerchia familiare nella comunicazione clinica, coinvolgimento agevolato dal fatto che, in questo contesto, sono diminuiti gli aspetti che portano il paziente a sentirsi in minorità, ovvero stanze con più persone, ambiente gestito in funzione dell'apparato e non della persona. Il miglioramento della *compliance* può essere por-

⁷ Ong L.M.L. *et al.* (2000), Doctor-patient-communication and cancer patient's quality of life and satisfaction, *Patient Education and Counseling*, 41.

⁸ Majani G. (2001), *Compliance, adesione, aderenza*, McGraw-Hill, Milano.

tato avanti anche attraverso un approccio di Educazione Terapeutica⁹. Questa pratica, fortemente sostenuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 1998), mira ad accrescere le competenze di accudimento dei pazienti e degli *stakeholders* e si situa quindi nel campo delle malattie croniche e di quelle a lungo decorso. Luogo ideale per la realizzazione dei programmi di Educazione Terapeutica è l'Ospedale, che si configura come il luogo in cui si trattano la maggior parte delle urgenze e in cui si rileva un numero crescente di ricoveri dovuti a crisi o complicanze di pazienti affetti da patologie croniche, laddove, però, le prestazioni erogate risentono maggiormente della tendenza a curare la malattia piuttosto che prendersi cura della persona. L'educazione terapeutica, come pratica pedagogica praticata dal personale sanitario, se correttamente eseguita, permette di diminuire sensibilmente l'esigenza di nuovi ricoveri e limita l'insorgenza degli eventi acuti, migliorando inoltre la comunicazione sanitaria. Limita infatti il senso di frustrazione dei curanti quando hanno a che fare con pazienti che, ripetutamente, disattendono, in tutto o in parte, le indicazioni terapeutiche e non ingenera nei pazienti vissuti di delusione per non essere stati accolti nell'interesse della loro persona. È un processo di trasferimento di competenze dal gruppo dei curanti ai pazienti o ai loro *stakeholders*. L'educazione terapeutica viene definita dall'Organizzazione Mondiale di Sanità come la pratica clinica "...finalizzata ad aiutare i pazienti ad acquisire o mantenere le competenze di cui hanno bisogno per gestire al meglio la loro vita con una malattia cronica. Comprende attività organizzate, incluso un sostegno psicosociale, ideate per rendere i pazienti coscienti e informati della loro malattia, delle cure, dell'organizzazione e delle procedure ospedaliere, dei comportamenti legati alla salute alla malattia.

Ha lo scopo di aiutarli (insieme alle loro famiglie) a comprendere la loro malattia e il loro trattamento, collaborare e assumere nella propria presa in carico per aiutarli a mantenere e migliorare la loro qualità della vita" (WHO, 1998). L'educazione terapeutica è quindi centrata sulla strutturazione di competenze di autocura e auto-accudimento. A queste si affiancano le competenze adattative, necessarie a rendere elastiche le nuove competenze apprese. Le competenze di autocura sono quindi decisioni e operazioni che il paziente pone in essere con "l'intenzione di modificare gli effetti della malattia sulla sua salute" (Paucheat-Traversat, 2010). L'Educazione Terapeutica promuove quindi un processo di *empowerment* del paziente, basandosi sulla sua concreta determinatezza individuale. Deve quindi essere un programma personalizzato, condiviso. Non può essere standardizzabile, come i

⁹ OMS (1996), *Therapeutic patient education-continuing education programmes for health care providers in the field of chronic disease*. Report of a WHO working group. World Health Organization. Regional Office for Europe.

programmi di “educazione alla salute”. Deve essere preceduto da una attenta analisi situazionale (da alcuni autori definita impropriamente diagnosi educativa), da un momento di condivisione e progettazione condivisa col paziente e deve essere accompagnato e seguito da momenti di verifica e valutazione (*follow-up*). I programmi di educazione terapeutica (ET) devono essere realizzati o dal singolo professionista o, ancor meglio, da gruppi di lavoro anche multidisciplinari, con apporti professionali diversi, specificatamente formati e supervisionati. L’ET si pone poi, naturalmente, in un’ottica di continuità assistenziale e di sviluppo del lavoro di rete. Nelle ultime due decadi si è affermato anche l’approccio *family-centered*, che riconosce nella famiglia – da intendersi in senso esteso come persone legate al paziente biologicamente, legalmente o affettivamente – non solo un fondamentale supporto per il benessere e il ristabilimento della salute del paziente, ma un vero e proprio partner del personale sanitario nel prestare le cure e nell’assumere decisioni circa il piano terapeutico. Una leva organizzativa importante è rappresentata dalle iniziative messe in campo dagli ordini professionali, e in questo senso è interessante mettere in rilievo che, negli ultimi tre anni in più occasioni, negli eventi legati alla formazione continua degli assistenti sociali si è dato ampio spazio alla promozione degli aspetti relazionali del prendersi cura e alle opere sempre più numerose di professionisti, centrate sulla narrazione dei vissuti professionali e delle storie di vita delle persone seguite, che hanno lo scopo di rappresentare in modo più ampio e complesso sia le buone pratiche sia appunto le soggettività, intese come risorse da includere nei percorsi di cura, che a partire dalle soggettività confluiscono in percorsi di rete e comunitari. Nel caso del Servizio sociale professionale, si sente sempre di più la necessità di recuperare una dimensione di lavoro di comunità e con le comunità, con le aggregazioni sociali più attive sui territori, per poter ampliare e rendere più agibili pratiche innovative, orientate queste ultime a promuovere iniziative di educazione alla salute rivolte a collettività più ampie possibili, non limitandosi agli interventi negli istituti di istruzione di vario ordine e grado.

4. *Qualità assistenziale e gestione dei servizi sanitari*

di *Maria Michela Niro, Romeo Flocco**

Per dovere di sintesi proponiamo una carrellata di tutti gli aspetti che si interfacciano con il tema che ci è stato assegnato, suddividendoli in due macroaree di interesse correlato, ciascuna con microaree relative.

Qualità assistenziale. I pilastri della qualità assistenziale, in materia di sanità sono: efficacia, appropriatezza clinica, competenza professionale e culturale e sicurezza.

Efficacia. Per efficacia si intende il livello di raggiungimento degli obiettivi di salute, perseguiti sulla base delle evidenze scientifiche a disposizione e sulla base dei bisogni di salute della comunità e/o dei singoli utenti. L'esperienza più importante in Italia per la valutazione dell'efficacia è costituita dal Programma Nazionale Esiti (PNE). Il PNE è, quindi, uno strumento, per il miglioramento continuo del nostro SSN a disposizione delle Regioni, delle Aziende e dei Professionisti; uno strumento di valutazione, analisi, misurazione e monitoraggio delle performance clinico-assistenziali delle strutture sanitarie.

Appropriatezza. Per appropriatezza clinica si intende la capacità di un processo sanitario-preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo, di rispondere al bisogno del paziente o della collettività, con un bilancio favorevole tra benefici e rischi, sulla base di modalità e di standard riconosciuti. L'appropriatezza clinica si raggiunge con l'applicazione delle "best practice": buone pratiche e con l'aderenza alle linee guida *evidence based* (basate sull'evidenza scientifica). Gli interventi di sviluppo e miglioramento sono legati in modo particolare all'utilizzo delle Linee Guida e all'uso dell'*audit* clinico.

* Dirigenti Medici ASReM.

Le Linee Guida (LG) sono “raccomandazioni, intese a ottimizzare l’assistenza ai pazienti, informate da una revisione sistematica delle evidenze eda una valutazione dei benefici e dei danni delle opzioni di cure alternative”. Rappresentano uno strumento essenziale per prendere molte decisioni di politica sanitaria; il punto di riferimento più importante per medici e pazienti; uno standard di qualità dell’assistenza; rappresentano, infatti, il frutto di una revisione sistematica della letteratura, con una valutazione esplicita della qualità delle prove e la formulazione di raccomandazioni, il cui valore ed indicazioni sono basati su giudizi trasparenti.

L’audit clinico è una “metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti, attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell’assistenza prestata, per: a) identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, b) attuare le opportunità di cambiamento individuato, c) attuare il monitoraggio dell’impatto delle misure correttive introdotte”.

Competenza culturale e professionale (Efficienza). Secondo Le Boterf (Le Boterf G., 1995, *De la compétence: essai sur un attracteur étrange*, 4th ed., Paris: Les Éditions d’Organisation), uno dei massimi esperti in tema dirisorse umane, “la competenza non è uno stato o una conoscenza posseduta. Non è riducibile né a un sapere, né a ciò che si è acquisito (...)”. “La competenza non risiede nelle risorse (conoscenze, capacità cognitive, relazionali...) da mobilitare, ma nella mobilitazione stessa dei saperi che si sono saputi selezionare, integrare e combinare in un contesto e per un obiettivo specifico”. “La competenza rientra nel concetto di saper mobilitare”. “La competenza è un ‘saper agire’ riconosciuto. Qualunque competenza, per esistere, necessita del giudizio altrui”.

In campo di competenze occorre far riferimento anche all’European Qualifications Framework (EQF), il quadro europeo delle qualifiche; un sistema che permette di confrontare titoli di studio e qualifiche professionali dei cittadini dei paesi europei.

I risultati dell’apprendimento sono definiti in termini di conoscenza, abilità e competenze:

- conoscenza, cioè l’ambito del sapere concettuale: l’insieme organizzato di dati e informazioni relative a oggetti, eventi, tecniche, regole, principi, teorie, che il soggetto apprende, comprende, archivia e utilizza in situazioni operative quotidiane procedurali e problematiche;
- abilità o skill: atti concreti singoli che il soggetto compie utilizzando determinate conoscenze e strumenti;
- competenza: la capacità dimostrata da un soggetto di utilizzare le conoscenze, le abilità, le attitudini e gli atteggiamenti personali (il Sé) – socia-

li (il Sé e gli Altri) – metodologiche (il Sé e le Cose), in situazioni di lavoro o di studio e nello sviluppo professionale e/o personale.

Sicurezza e risk management. La sicurezza del paziente è universalmente riconosciuta come uno degli elementi di garanzia cardine dei sistemi sanitari. È inoltre acclarato in letteratura che la sicurezza dei pazienti rappresenta una componente imprescindibile della qualità dell'assistenza sanitaria, come evidenziato anche da numerosi studi di programmazione sanitaria a livello internazionale e nazionale.

La sicurezza rappresenta infatti una dimensione trasversale, strettamente legata all'efficacia, anche se in qualche modo si differenzia da essa per l'enfasi che viene data alla prevenzione degli eventi avversi, alla centralità del paziente, alla continuità delle cure, alla cultura dell'organizzazione. La sicurezza è caratterizzata da diverse dimensioni che interessano, ad esempio, l'utilizzo corretto dei farmaci, il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, la gestione degli eventi sentinella, ma anche la continuità delle cure, la formazione e la qualificazione del personale.

La gestione del rischio clinico in sanità o *clinical risk management*, rappresenta l'insieme di varie azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti; sicurezza, basata, tra l'altro, anche sull'apprendere dall'errore. La gestione integrata del rischio può:

- promuovere la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente e agli operatori,
- portare a cambiamenti nella pratica clinica,
- favorire la destinazione di risorse su interventi tesi a sviluppare organizzazioni e strutture sanitarie sicure ed efficienti,
- contribuire indirettamente a una diminuzione dei costi delle prestazioni.

Il sistema di gestione del rischio clinico è costituito dalle politiche di gestione del rischio stesso, volte sia alla prevenzione degli errori evitabili che al contenimento dei loro possibili effetti dannosi, e, quindi, in ultima analisi, alla garanzia della sicurezza dei pazienti.

Un'attenzione specifica è stata e va rivolta ai cosiddetti “eventi sentinella”. L'evento sentinella è “un evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario”. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo a un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili, e/o per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'azienda.

A proposito di sicurezza e *risk management*, a livello nazionale sono da ricordare tra i documenti più recenti:

- Legge 8 marzo 2017, n. 24, “Disposizioni in materia di sicurezza delle

cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.” La legge prevede che ogni Regione istituisca il Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente (Art. 2); apporta una modifica alla precedente legislazione in merito alle aziende sanitarie e prevede che le Regioni dispongano che tutte le strutture pubbliche e private, che erogano prestazioni sanitarie, attivino un’adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management).

- Decreto 29 settembre 2017 del Ministero della salute. Tale decreto prevede la Istituzione dell’Osservatorio Nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, istituito presso l’Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS); Tale istituzione, ha tra le sue funzioni anche quella di individuare idonee misure per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario, oltre al monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure, nonché per la formazione e l’aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie. La stessa Legge 24/2017 ha previsto l’istituzione presso ogni Regione/PA del Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente.
- Programmazione Sanitaria da parte del Ministero della Salute: la Direzione Generale dell’Ufficio di programmazione ministeriale, ha elaborato, in collaborazione con esperti di Regioni e Province Autonome e altri stakeholder, le “Raccomandazioni”, ossia Documenti Specifici con l’obiettivo di offrire strumenti in grado di prevenire gli eventi avversi, promuovere l’assunzione di responsabilità e favorire il cambiamento migliorativo del sistema sanità.

La sicurezza in sanità si connota come fattore trasversale; per il suo perseguimento è necessario l’impegno di tutti i soggetti coinvolti e di tutte le figure professionali e, la piena sinergia di tutti i settori interessati alla tematica (ad esempio tra rischio clinico, rischio infettivo, rischio occupazionale, ecc.). Pertanto è essenziale che ciascuna organizzazione sanitaria sia dotata di un quadro di riferimento a supporto del miglioramento della qualità e della sicurezza del paziente.

Il Centro di risk management, presente in ogni istituzione sanitaria, è chiamato quindi ad espletare la funzione di favorire tutte le sinergie e di coordinamento delle attività connesse alla sicurezza dei pazienti ed alla gestione e prevenzione del rischio clinico assistenziale, attraverso il coinvolgimento e l’interazione dei vari membri della comunità professionale che opera, sia a livello regionale, sia nelle aziende sanitarie.

1. Aspetti di gestione sanitaria correlati alla qualità assistenziale

Per una sanità di qualità la pianificazione, la progettazione, il monitoraggio, l'analisi e il miglioramento continuo dei processi clinici e manageriali devono essere ben organizzati e coordinati (anonimo).

Qualità e Lea. I Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione detta ticket, con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse). Ovvero, la programmazione nazionale per la qualità e sicurezza, come sin qui descritto, deve sviluppare gli interventi garantendo l'erogazione di prestazioni, comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), caratterizzate da sicurezza, efficacia, tempestività, appropriatezza, efficienza ed equità. È prioritaria, cioè, l'esigenza di implementare un programma nazionale per la promozione permanente della qualità nel SSN, finalizzato a sostenere in modo sistematico e costante la qualità delle prestazioni e dei servizi, al fine di migliorare i livelli di salute e il soddisfacimento dei bisogni della popolazione, in un contesto di sicurezza, partecipazione e responsabilità condivisa. L'implementazione di tali politiche di governo clinico, quindi, richiede un sistema coordinato, che renda coerenti comportamenti clinici, assetti organizzativi, responsabilità, procedure, incentivazioni, attrezzature e dispositivi, processi e risorse. Tutte le componenti devono essere progettate all'insegna dell'orientamento al paziente e della pertinenza clinica e dell'essenzialità, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza. Fulcro di spinta di un tale sistema non può che essere il personale con la sua "competenza", e con la sua stessa valorizzazione in tutte le fasi dalla programmazione alla gestione dei servizi. Centro del sistema è, e deve rimanere, l'utente nella sua interezza di Persona e non di cittadino o, addirittura, in termini di patologia di questo o di quell'apparato. Il programma deve essere orientato a promuovere il coinvolgimento della "Persona" (non solo utente/paziente/operatore/cittadino) nelle scelte e nei progetti, ai vari livelli di gestione del sistema, per rinforzare il suo diritto umano di essere al centro del sistema di cure e concorrere all'efficacia e all'efficienza delle stesse (*empowerment*). Tale programma, cioè, deve essere in grado di valutare il raggiungimento degli obiettivi progettati e la propria efficacia, identificando nuove opportunità, di miglioramento:

- a effettuare scelte idonee di cura e di organizzazione dei servizi;
- a garantire l'utilizzo più appropriato delle strutture sanitarie, dei livelli specialistici, delle tecnologie e dei trattamenti, in rapporto ai bisogni delle Persone trattate;
- a sostenere la cultura della sicurezza onde sviluppare modelli organizza-

tivi volti alla sicurezza dei pazienti e degli operatori, In sintesi tale programma sanitario deve progettare i servizi in base ai bisogni di salute ed alla centralità della Persona affinché siano costantemente garantiti l'integrazione e il continuum assistenziale.

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017 individua tre grandi Livelli essenziali di assistenza.

1. *Prevenzione collettiva e sanità pubblica*, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività e ai singoli; in particolare:

- sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- salute animale e igiene urbana veterinaria;
- sicurezza alimentare – tutela della salute dei consumatori;
- sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- attività medico legali per finalità pubbliche.

2. *Assistenza distrettuale*, vale a dire le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio, così articolati:

- assistenza sanitaria di base;
- emergenza sanitaria territoriale;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza integrativa;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- assistenza protesica;
- assistenza termale;
- assistenza socio-sanitaria domiciliare e territoriale;
- assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale.

3. *Assistenza ospedaliera*, articolata nelle seguenti attività:

- pronto soccorso;
- ricovero ordinario per acuti;
- day surgery;
- day hospital;
- riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
- attività trasfusionali;
- attività di trapianto di cellule, organi e tessuti;

- centri antiveneni (CAV).

Già con decreto del Ministro della Salute del 21 novembre 2005 era stato istituito, presso il Ministero, il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Comitato LEA), cui è affidato il compito di verificare l'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale. Per garantire l'aggiornamento continuo, sistematico, su regole chiare e criteri scientificamente validi dei Livelli essenziali di assistenza, è stata istituita la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e per la promozione dell'appropriatezza nel Servizio Sanitario Nazionale. Inoltre le Regioni possono garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA, utilizzando risorse proprie.

1.1. Qualità e clinical governance

Le politiche di ammodernamento del sistema sanitario richiedono una strategia per la qualità condivisa fra tutti gli attori e la conseguente progettazione e sperimentazione di modelli clinici, organizzativi e gestionali innovativi, che assicurino risposte efficaci ai bisogni di salute nell'ottica della *clinical governance*.

Il Governo clinico si fonda su:

- accesso alle cure sicure e di qualità;
- uniforme erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA);
- individuazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA);
- centralità del paziente;
- stretto rapporto ospedale-territorio;
- continuità dell'assistenza nell'arco delle 24 ore e sette giorni su sette;
- formazione e aggiornamento dei professionisti sanitari.

1.2. Qualità e coinvolgimento degli stakeholders/empowerment e Persona

Il coinvolgimento della Persona e la partecipazione dei pazienti ai processi di cura e riabilitazione alimentano la fiducia e la compliance, aumentano la diretta responsabilità, dei pazienti stessi, nel funzionamento dei servizi e determinano da parte dell'organizzazione l'impegno per il miglioramento del servizio.

Un paziente coinvolto assume sempre più il ruolo di protagonista attivo della propria salute e del proprio benessere; pertanto è essenziale un'efficace interazione tra il cittadino/paziente e l'operatore sanitario, in quanto fattore strategico per un'effettiva realizzazione dei principi della centralità della Persona e dell'*empowerment*. Il coinvolgimento deve di conseguenza costituire un elemento fondante la "cultura aziendale", in quanto soltanto azioni sinergiche possono garantire qualità e sicurezza dell'assistenza per tutti gli *stakeholders*: cittadini e utenti, ma anche operatori sanitari, visitatori e altri soggetti che usufruiscono dei servizi.

L'*empowerment* della Persona/paziente è una tematica su cui esiste una grande attenzione a livello internazionale. L'importanza del coinvolgimento della Persona è richiamata nel "Programma di azione comunitaria in materia di salute pubblica" in cui la partecipazione e l'influenza dei cittadini sui processi decisionali di assistenza, cura e riabilitazione costituiscono i valori sui quali si fonda la strategia sanitaria.

L'OMS, nei documenti per la misurazione degli ospedali, suggerisce di chiarire il ruolo di tutti gli *stakeholders*; coinvolgere sempre l'utenza; rendere accessibili i risultati. In tal senso va sottolineata anche la Declaration of Promotion of Patients Rights in Europe (45 International Digest of Health Legislation 411, 1995) che considera i seguenti aspetti: rispetto della persona, diritto all'autodeterminazione, all'integrità e alla sicurezza psichica e fisica, alla privacy, all'informazione sui servizi e sul proprio stato di salute, a cure appropriate, a essere rappresentato nel sistema dei servizi sanitari, alla qualità dei servizi sanitari, a livello tecnico e umano, alla continuità assistenziale, a scegliere il medico e i servizi sanitari, a ricevere istruzioni al momento della dimissione, al rispetto della cultura e dei valori. Il Patients' Rights Movement (KIDDA) ha diffuso, nel 2001, la "Charter of Patients Rights"; nel novembre 2002, l'Active Citizenship Network Group ha prodotto una proposta di European Charter of Patients' Rights, che include i seguenti diritti: prevenzione, accesso, informazione, consenso, libera scelta, privacy e riservatezza, rispetto del tempo dei pazienti, rispetto di standard di qualità, sicurezza, innovazione, obbligo di evitare la sofferenza e il dolore non necessari, cura personalizzata, reclamo, risarcimento.

1.3. Qualità e sistemi di accreditamento e certificazione

Bisogna precisare che il legislatore, nazionale e regionale, ha ritenuto l'accreditamento come uno degli aspetti chiave del processo di riordino del SSN nell'ambito del perseguimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini per l'assicurazione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza),

essendo lo strumento con il quale si garantisce sia la sicurezza delle cure sia la qualità delle prestazioni assistenziali erogate a tutti i cittadini, i quali possono scegliere tranquillamente fra soggetti accreditati (pubblici e privati) dotati di equivalenti risorse organizzative e strutturali. In questo modo siconcorre a regolare il sistema dell'offerta delle prestazioni sanitarie.

L'Istituto dell'Accreditamento nel nostro Paese è stato introdotto dal D.Lgs. 502 del 30 dicembre 1992, definendo la possibilità per le strutture sanitarie di esercitare l'attività sanitaria, per conto del SSN, e con oneri a carico dello stesso SSN. Per essere accreditata una struttura, deve essere prima autorizzata all'esercizio dell'attività sanitaria e possedere i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi di cui all'art. 8, comma 4, del D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni, delineati con il DPR 14 gennaio 1997. Con l'accREDITamento, rilasciato secondo le previsioni dell'art. 8 quater del D.Lgs. 502/1992, la Regione procede al riconoscimento di qualità di una struttura, verificando il possesso di tutti i requisiti strutturali e strumentali richiesti dalla normativa nazionale e da quella regionale per erogare un'idonea assistenza sanitaria. L'accREDITamento istituzionale, pertanto, effettua un'equiparazione sotto il profilo di capacità di erogare forme di assistenza sanitaria di qualità, permettendo ai cittadini, nelrispetto del principio di libera scelta del luogo di cura, di scegliere dove ricevere le prestazioni assistenziali che la propria Regione eroga, attraverso le strutture pubbliche e private accreditate.

La Legge Finanziaria 2007, Legge 296 del 2006, all'art. 1, comma 796 con le successive modificazioni ed integrazioni ha previsto la conclusione, del complesso percorso dell'AccREDITamento Istituzionale delle strutture sanitarie, superando l'istituto giuridico dell'accREDITamento temporaneo e provvisorio, che era stato predisposto per consentire il passaggio dal preesistente istituto della "Convenzione con il SSN", il quale consentiva di erogare prestazioni per conto del SSN.

A seguire con la Legge 296/2006 è stato disposto che, a far data dall'1° gennaio 2010, tutte le strutture sanitarie, per operare in nome e per conto del SSN, dovessero avere acquisito tutti i requisiti di qualità, delineati con il cosiddetto "accREDITamento istituzionale", e che fosse sancito il termine ultimo per l'adeguamento agli standard di sicurezza e qualità, imposti dall'accREDITamento istituzionale. In realtà, in considerazione di oggettive difficoltà per talune forme assistenziali, il termine ultimo per l'adeguamento, con il Patto per la Salute 2010-2012, è stato derogato al 31 dicembre 2012 per quelle sociosanitarie.

L'accREDITamento, oggi, deve tenere presente anche i concetti e i criteri espressi dalle organizzazioni che, a livello internazionale, definiscono strumenti e metodi volti a rispondere alla crescente domanda, in tutto il mondo,

di una metodologia oggettiva per la valutazione dei servizi sanitari basata su standard di qualità; con l'obiettivo di stimolare la dimostrazione di un miglioramento, continuo e duraturo nelle organizzazioni sanitarie, tramite l'applicazione di standard internazionali condivisi. In quest'ottica, l'accreditamento è parte propria dei LEA e, pertanto, la revisione normativa non può essere solo espressione di orientamenti regionali, cosa che non garantirebbe né equità nel Sistema, né parità di condizioni ai cittadini.

In tal senso, quindi, mentre l'accreditamento istituzionale, così come normato, accentua i suoi connotati di strumento di programmazione regionale e aziendale, il livello di programmazione nazionale deve privilegiare la definizione di profili qualitativi di riferimento, necessari per la valutazione della sicurezza e dell'efficacia, come anche per la determinazione del fabbisogno finanziario. Ciò significa che si è dato maggiore spazio all'accreditamento volontario di eccellenza, quale elemento centrale degli strumenti di programmazione nazionale e quindi regionale. Questo anche per poter rispondere adeguatamente alle dinamiche di integrazione europea, nel contesto dell'attuale processo che vede la progressiva applicazione delle Direttive del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'UE "on the application of patients' rights in cross-border healthcare".

Già da diversi anni, i programmi di accreditamento internazionali, quali ad esempio Joint Commission International, Accreditation Canada International, Australian Council on Healthcare Standards (ACHS), International Accreditation Programme (IAP) promosso dalla International Society for Quality in Health Care (ISQua) e, non ultimi, i programmi di accreditamento volontario sviluppati nei paesi europei, come ad esempio l'Hospital Accreditation Programme (HAP), identificano i requisiti per la sicurezza come standard strutturali di base di una organizzazione sanitaria, sia essa la singola Unità operativa, oppure una rete di servizi locali, o l'insieme dei servizi regionali, o anche, un programma sanitario a livello nazionale.

1.4. Qualità e farmacovigilanza

La farmacovigilanza è il processo di monitoraggio continuo della sicurezza dei medicinali in commercio. Gli obiettivi principali sono l'identificazione di qualsiasi potenziale segnale di allarme relativo all'uso dei medicinali, la valutazione e la quantificazione del rischio di reazioni avverse e, infine, l'adozione di misure di minimizzazione dello stesso.

È evidente che la farmacovigilanza comprende un insieme di attività, complesse e multidisciplinari, che possono essere affrontate solo con sistemi nazionali organizzati e integrati a livello internazionale.

Vengono analizzate le informazioni relative alla sicurezza provenienti da numerose segnalazioni spontanee, studi clinici, letteratura scientifica, rapporti periodici di sicurezza delle aziende, sistemi di farmacovigilanza dialtri Paesi, Centri antiveleno ecc.

In Italia, le segnalazioni spontanee sono raccolte e gestite in modo informatizzato attraverso la Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF), attiva dal 2001, che collega tra loro l'AIFA, le strutture sanitarie, le Regioni e le aziende farmaceutiche.

1.5. Qualità e pandemia Covid-19

La pandemia ci ha costretti a rivedere tutta la qualità della gestione sanitaria. La stessa pandemia è stata considerata una sorta di macro-evento sentinella, da cui trarre importanti insegnamenti. In Italia, gli effetti pandemici, dovuti al nuovo coronavirus Sars-CoV-2, hanno provocato un'emergenza sanitaria per Covid-19 cui è stata data risposta immediata, con una serie di misure urgenti fin dalla dichiarazione dello stato di emergenza del 31 gennaio 2020. Sono stati adottati diversi Decreti del Presidente del Consiglio dei ministri e ordinanze regionali e del Ministero della Salute, per determinare un contenimento degli effetti epidemiologici, che si è tradotto in primabattuta in misure di sorveglianza sanitaria speciale e, poi, di divieto di spostamento, soprattutto per i soggetti con sintomi. Contestualmente, sono stati emanati e approvati una serie di decreti-legge per mettere in campo misure urgenti che, sotto il profilo sanitario, hanno disposto un consistente incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard, impegnando le Regioni e le Province Autonome a redigere programmi operativi, per utilizzare ed amministrare tali risorse incrementali, con monitoraggio congiunto del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle finanze.

Inoltre, tramite il Fondo per le emergenze nazionali, il decreto "Cura Italia" ha finanziato l'acquisto di impianti ed attrezzature, specificamente diretti alla cura dei pazienti Covid-19, come gli impianti di ventilazione assistita nei reparti di terapia intensiva, ed ha disposto la requisizione di presidi sanitari e di beni mobili e immobili, anche alberghieri. In particolare, le risorse del Fondo per le emergenze sono state utilizzate dal Dipartimento della protezione civile e dal Commissario straordinario per l'emergenza per gli acquisti di dispositivi medici, di dispositivi di protezione individuale (come le mascherine) e di quanto necessario per contrastare ed affrontare la crisi epidemiologica, considerate anche le deroghe relative alle caratteristiche, alle procedure di acquisto e di pagamento di tali dispositivi.

Si è disposto l'immediato potenziamento dei reparti ospedalieri di terapia

intensiva, soprattutto nelle regioni più colpite, diramando Linee di Indirizzo Assistenziali specificamente individuate dal Ministero della Salute per i pazienti affetti da Covid-19. Nella prima fase emergenziale è stata prevista la rapida attivazione di aree sanitarie temporanee, sia all'interno che all'esterno di strutture, pubbliche o private, di ricovero, cura, accoglienza e assistenza, senza tutti i requisiti di accreditamento per la durata del periodo dello stato di emergenza. Il decreto-legge cosiddetto "Liquidità" ha previsto, peraltro, procedure semplificate per le pratiche relative alle attrezzature medico-radiologiche, velocizzando le procedure amministrative a carico delle strutture sanitarie necessarie allo svolgimento di nuove pratiche mediche per l'utilizzo di attrezzature radiologiche, in particolare da parte delle strutture sanitarie e delle aree temporanee di emergenza. Con riferimento all'assistenza ospedaliera, è stato attivato un modello di cooperazione interregionale coordinato a livello nazionale, con il coinvolgimento delle strutture pubbliche e private accreditate con redistribuzione del personale, come medici e infermieri da concentrare nei reparti di terapia intensiva e subintensiva, grazie a un percorso formativo rapido e qualificante per il supporto respiratorio. In particolare, le Regioni sono state chiamate ad attivare specifiche Centrali Operative Regionali, dotate di apposito personale e di apparecchiature per il telemonitoraggio e la telemedicina, con funzioni di raccordo fra i servizi territoriali e il sistema di emergenza-urgenza, allo scopo di garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, così come implementate nei piani regionali. In linea con tali misure, è stata inoltre potenziata l'assistenza domiciliare integrata – ADI – con la finalità di intensificare le prestazioni domiciliari, diminuendo il ricorso a forme di assistenza e cura istituzionalizzate come le lunghe degenze e ricoveri in RSA.

Il D.L. "Rilancio" ha inoltre previsto, già dal 2020, il potenziamento e la riorganizzazione della rete dell'assistenza territoriale, oltre che il potenziamento della rete ospedaliera, in particolare dei reparti di pneumologia e virologia, mediante l'incremento del monte ore della specialistica ambulatoriale convenzionata, e del pronto soccorso. Le Regioni sono state impegnate a istituire, fino alla fine del periodo emergenziale, Unità speciali di continuità assistenziale per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da Covid-19, senza necessità di ricovero ospedaliero. Idonee risorse sono state accantonate anche per gli incrementi tariffari, da destinare agli enti e alle aziende accreditate con il Servizio Sanitario, per il riconoscimento della specifica funzione assistenziale dei pazienti Covid-19.

Sotto il profilo finanziario, sono state previste dal decreto "Rilancio" alcune deroghe rispetto alla normativa vigente in materia di erogazione del finanziamento statale del Servizio Sanitario e di pagamento dei debiti commerciali degli enti operanti in esso, in attesa dell'adozione delle delibere

annuali di riparto regionale. Il decreto “Cura Italia” ha peraltro previsto a favore delle Regioni, per tutto il periodo dello stato di emergenza sanitaria, il rilascio di apposite coperture assicurative per l’acquisto di beni inerenti la gestione della crisi epidemiologica. Il decreto-legge cosiddetto “Liquidità” ha disposto un credito d’imposta a favore delle imprese, per la sanificazione degli ambienti di lavoro, l’acquisto di mascherine chirurgiche e dei dispositivi di protezione individuale, esteso dal decreto “Cura Italia” anche agli enti non commerciali, compresi gli enti del Terzo settore.

Per limitare l’affluenza di pazienti presso gli ambulatori specialistici, in considerazione della necessità di ridurre il rischio di infezione Covid-19, il D. Leg. “Rilancio” ha previsto la proroga del rinnovo dei piani terapeutici in scadenza, per specifiche patologie respiratorie e per prodotti funzionali all’ospedalizzazione a domicilio, oltre che una semplificazione della distribuzione dei farmaci, nel canale delle farmacie convenzionate e delle procedure di rinnovo delle prescrizioni mediche dei farmaci essenziali e per le malattie croniche, rimborsati dal Sistema Sanitario Nazionale.

Norme speciali sono state approvate con il decreto “Liquidità” per la sperimentazione clinica e per l’uso compassionevole dei farmaci in fase di sperimentazione, (per i quali sono stati neutralizzati gli effetti fiscali ai fini IVA circa la loro cessione), riferite a pazienti affetti da infezione Covid-19, con la finalità di migliorare la capacità di coordinamento e di analisi delle evidenze scientifiche disponibili, limitatamente al periodo di durata dello stato di emergenza.

A oggi, in termini di gestione sanitaria e qualità assistenziale, appare lecito chiedersi se la percezione delle stesse sia stata omogenea sul territorio nazionale; ed ancora è necessario riflettere circa il fatto che possa continuare a essere ispirata a criteri etico-deontologici, per essere garantita in maniera omogenea dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

1.6. Qualità: etica-deontologia e aziendalizzazione

L’etica è la riflessione sul dover essere, ossia su come dovremmo comportarci, in base a quali principi e ragioni. Il termine deriva dal greco antico *ethos*, “carattere, comportamento, costume, consuetudine”, e caratterizza le filosofie che pongono il dovere come principio assoluto fonte dell’obbligazione morale; è, cioè, quella branca della filosofia che si interessa degli standard di comportamento e dell’azione morale.

Parliamo di etica morale personale riferendoci ad un insieme di comportamenti regolati da valori morali propri; Tali valori determinano “la morale personale dettata dall’educazione ricevuta in età infantile, dalla religione,

dalla cultura”, ossia le esperienze personali “generano idee che successivamente si trasformano in atteggiamenti comportamentali, azioni che il singolo decide di attuare”

Parliamo di etica professionale quando ci riferiamo a quei principi e valori applicati secondo standard universali di condotta, che devono essere rispettati in ogni situazione.

Si deve creare una sinergia tra etica professionale ed etica morale per essere eticamente professionali senza prescindere dalla propria morale.

L’etica sanitaria è quella che riguarda il modo con cui i sanitari adempiono alle loro responsabilità e hanno cura della persona, cercando di essere professionali e, nello stesso modo, rispettosi della dignità della persona che hanno di fronte. A fondamento dell’etica sanitaria ci sono alcuni principi, valori di riferimento che guidano e supportano tutti gli operatori della professione sanitaria nella comprensione della correttezza del loro comportamento e nell’individuazione della prassi eticamente giusta. Essi sono il principio di beneficenza, di giustizia, di non-maleficenza e di autonomia.

Il *principio di beneficenza* è il fondamento di tutta l’assistenza sanitaria; impegna l’operatore a cercare di ottenere il massimo bene per le persone che a lui sono state affidate.

Il *principio di giustizia* determina l’obbligo morale e professionale, di ogni operatore, a trattare e assistere tutti in uguale misura, evitando discriminazioni.

Il *principio di non-maleficenza* rappresenta il dovere dell’operatore di evitare di far del male, fisicamente e/o psicologicamente all’assistito. È volto a evitare e prevenire il malessere del paziente anche attraverso l’uso di trattamenti dolorosi ma con il fine di procurare benessere.

Il *principio di autonomia* indica il diritto di ognuno di decidere per se stesso ciò che è meglio per sé. Per coloro che non sono in grado di decidere per sé come i bambini, gli anziani, i portatori di handicap, i pazienti neurologici in coma, ecc. è d’obbligo la designazione di un tutor di sostegno. Quindi l’etica sanitaria è una componente imprescindibile della professionalità di tutti gli operatori sanitari in quanto le professioni sanitarie, più direttamente delle altre, sono finalizzate al benessere dell’uomo e devono tendere a raggiungerlo, attraverso tecniche e metodi eticamente corretti.

È facilmente intuibile che l’etica sanitaria costituisce la base per la garanzia della qualità assistenziale.

2. Deontologia

La deontologia è il complesso delle regole di condotta che devono obbligatoriamente essere rispettate nell’attività professionale al fine di impedire che

la professione stessa venga lesa, perdendo così di credibilità pubblica.

Il rispetto di queste regole, elencate nel Codice deontologico, nasce non solo per tutelare l'assistito e la professione, ma anche per incrementare, sviluppare al meglio le potenzialità della professione stessa. Il Codice deontologico (CD) è quindi quel corpus di regole di autodisciplina, predeterminate dai professionisti, che hanno il fine di garantire il buon funzionamento sociale della professione, ovvero di offrire agli utenti un servizio di qualità sempre maggiore, che cambia adattandosi, via via, alle esigenze della società. Oltre al CD i cambiamenti sociali avvenuti nel XX secolo, nonché quelli politici e culturali, hanno determinato anche la nascita della Carta dei diritti europei (secondo una serie di articoli ispirati ai principi di dignità, libertà, uguaglianza, solidarietà cittadina, giustizia) con l'introduzione della Carta dei diritti del malato.

La Carta dei diritti del malato, che tutela i malati di diverse nazioni facendo applicare regole comuni a prescindere dalla discrezionalità dei singoli Paesi, afferma che la centralità appartiene al paziente ed è sovrana. La Carta, che si applica a tutti gli individui riconoscendo il fatto che le differenze, come l'età, il genere, la religione, lo status socioeconomico, il livello di alfabetizzazione, ecc., possono influenzare i bisogni individuali di assistenza sanitaria, non intende prendere posizione su questioni di tipo etico. La stessa sancisce i diritti che sono validi negli attuali sistemi sanitari europei e per definizione potrà essere modificata, per tenere conto della loro evoluzione nonché dello sviluppo della ricerca scientifica e tecnologica.

Mentre il Codice di deontologia medica declina il profilo della responsabilità in un'accezione del tutto ampia, ricomprendendovi, accanto alla componente "professionale", anche quella di pertinenza "etica", la Carta europea dei diritti del malato stabilisce in modo chiaro:

- il diritto di usufruire di servizi dotati di elevati standard di sicurezza;
- il diritto, contestuale, di ottenere un risarcimento adeguato nel caso di errore medico e/o funzionamento negativo dei servizi sanitari.

Per cercare di rendere i diritti fondamentali dei pazienti concretamente applicabili e appropriati, ne sono stati individuati quattordici (Carta Europea dei Diritti del Malato, 2002) che, nell'attuale fase di transizione dei servizi sanitari, mirano a garantire un "alto livello di protezione della salute umana", assicurando l'alta qualità dei servizi erogati dai diversi Sistemi Sanitari nazionali.

Riguardo ai quattordici diritti, è importante premettere che la loro definizione implica che sia i cittadini, sia tutti gli altri attori della sanità si assumano le proprie responsabilità. I diritti sono infatti correlati sia con i doveri che con le responsabilità.

I quattordici diritti devono essere riconosciuti e rispettati indipendentemente da limitazioni finanziarie, economiche o politiche, tenendo conto dei

criteri di appropriatezza, in quanto rappresentano la concretizzazione di diritti fondamentali dei pazienti. In riferimento alla qualità assistenziale è d'obbligo citare l'articolo n. 8.

8 – Diritto al rispetto di standard di qualità: Il diritto a servizi sanitari di qualità richiede che le strutture sanitarie e i professionisti praticino livelli soddisfacenti di prestazioni tecniche, di comfort e di relazioni umane. Ogni individuo ha il diritto di accedere a servizi sanitari di alta qualità, sulla base della definizione e del rispetto di precisi standard. Questo implica la specificazione e il rispetto di precisi standard di qualità, fissati per mezzo di una procedura di consultazione pubblica e rivisti e valutati periodicamente.

Questi quattordici diritti, in realtà, richiedono una riforma globale dei modi in cui operano i Sistemi Sanitari nazionali, implicando il soddisfacimento di requisiti tecnici e organizzativi, oltre che di modelli comportamentali e professionali. Infatti, diversi e importanti potrebbero essere i danni causati dagli operatori attraverso un comportamento deontologicamente, moralmente ed eticamente scorretto.

Ed ecco che si torna all'importanza dell'etica e della deontologia, attraverso quei pilastri per il raggiungimento dell'alta salute dell'individuo che sono i principi etici, i quali regolano i rapporti tra gli operatori, l'assistito e le loro famiglie, consentendo di ottenere comportamenti egalitari tra chi eroga assistenza. Tali principi, interdipendenti l'uno dall'altro, sono la fedeltà, la veridicità, la privacy e la riservatezza che, danno luogo all'acquisizione del consenso informato.

In sintesi, è per etica e deontologia che coloro che scelgono di lavorare nell'ambito della sanità dovrebbero lavorare sempre con passione e motivazione; in Italia dovrebbero ricordare sempre l'art. 32 della Costituzione per di essere in grado di dare il meglio di sé per il paziente, nel rispetto della legge e della propria coscienza; dovrebbero essere in grado di comunicare la verità scientifica ed evitare di esprimere pensieri e/o giudizi personali, al fine di evitare di condizionare la decisione del paziente nei confronti del trattamento da seguire; mentre è per l'evoluzione organizzativa dei sistemi sanitari che si ha l'obbligo di comprendere che, una volta apprese accurate e attente informazioni, è il paziente che decide di sé.

3. Aziendalizzazione

I cambiamenti avvenuti in tutto l'ambito sanitario, come già esplicitato, hanno portato, alla formazione di nuovi modelli etici comportamentali ai quali dovrebbero far riferimento tutte le figure sanitarie, i cui compiti, per

fornire un'assistenza di qualità, sono:

- soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sanitario;
- favorire il benessere e l'autonomia dell'utente.

A queste due dimensioni oggi dobbiamo aggiungere una terza, così che la decisione clinica ci appare collocata in uno spazio tridimensionale. Dobbiamo considerare, infatti, anche l'appropriatezza sociale degli interventi sanitari, in una prospettiva di uso ottimale di risorse limitate, di solidarietà con i più fragili e di equità. La buona medicina ci appare così come il frutto di una "contrattazione" molteplice, che deve tener conto di tre diversi parametri: il "bene" del paziente, cioè l'indicazione clinica, le preferenze e i valori soggettivi del paziente, ossia il "consenso informato", e infine l'appropriatezza sociale.

A tal proposito va evidenziato poi che, con il riordino del nostro Servizio Sanitario pubblico che si sintetizza nel concetto di Azienda sanitaria, è stata messa in moto una nuova prospettiva: soddisfare i pazienti è diventata un'esigenza strategica per la sopravvivenza dell'azienda stessa. Il modello di qualità comporta, infatti, un rapporto nuovo con il paziente. Possiamo cioè dire che non solo il malato deve essere informato e responsabilizzato per partecipare in modo autonomo alle decisioni terapeutiche, ma nell'ottica aziendale deve/vuole essere considerato come un "cliente". Oltre ad avere diritti da rivendicare, vuole anche essere soddisfatto.

Il paziente, infatti, spostandosi da una struttura all'altra, porta dietro la sua capacità di spesa, rappresentata dalla sua quota capitolaria; se l'azienda perde i pazienti perché preferiscono un'altra struttura, esce dal mercato. Quindi, poiché è importante una gestione oculata dell'azienda, se i sanitari non hanno a cuore l'aver cura della persona per motivi etico deontologici o ideali di carità cristiana o filantropia, oppure per il fatto che è diritto dei pazienti, in quanto cittadini, avere una buona assistenza, dovrebbero farlo almeno per interesse dell'azienda.

Nell'etica medica il registro per valutare la qualità è quello della bontà: l'azione è buona in quanto porta il beneficio. La deontologia, pur collocata entro la tradizione etica del mondo anglosassone, valuta se l'azione sia giusta o ingiusta in rapporto ai diritti e nel rispetto delle procedure; la nuova stagione che si è aperta ci obbliga a interrogarci se l'azione sia appropriata rispetto ai fini da conseguire, attraverso una più acuta sensibilità per il bene comune e l'equità sociale, da un lato, e l'attenzione agli interessi dell'azienda, dall'altro. Per l'azienda ciò che possiamo fare per un malato, anche se valutabile con un punteggio alto sul parametro dell'appropriatezza clinica e su quello delle preferenze personali, potrebbe collocarsi molto in basso rispetto al criterio del buon uso delle risorse. Il buon paziente è divenuto il

cliente soddisfatto e consolidato; ma il nostro obiettivo non può essere il cliente in qualsiasi modo soddisfatto e consolidato, bensì il paziente “giustamente soddisfatto”. In questa ottica il buon rapporto è la *stewardship*, che implica un atteggiamento non centrato sul professionista, ma sugli standard di qualità del servizio da parte di tutti gli attori della sanità (politico, dirigente, OSS, infermiere, amministratore, impiegato).

Se, però consideriamo che non è detto che ciò che costituisce dal punto di vista clinico il maggior beneficio per il paziente corrisponda alle sue preferenze, o, inversamente, ciò che il paziente informato vuole per sé può non coincidere con quanto la medicina potrebbe e dovrebbe essere in grado di fare per lui ecco che l’etica e la deontologia sanitarie rimangono il vero ago della bilancia in termini di qualità assistenziale.

A conclusione di questa carrellata degli aspetti basilari e di interfaccia tra la qualità assistenziale e la gestione dei servizi sanitari ci sembra di poter riassumere che:

- l’assistenza sanitaria di qualità non può essere tale se non è in grado di riumanizzare le cure; considerando che deve conciliare nelle sue scelte esigenze diverse e talvolta contrastanti, senza minimamente rinunciare alle esigenze della scienza, ci appare più che mai un’arte;
- l’ideale medico è e rimane una *leadership* morale, e solo chi ha quella visione strategica degli obiettivi e dei mezzi, che la cultura del management chiama “*vision*”, basata su valori profondamente etici e competentemente deontologici, sviluppa una forza morale capace, nella gestione della sanità, di coinvolgere e trascinare tutti gli attori delle équipes del mondo della salute per riumanizzarlo.

Bibliografia

Norme e documenti istituzionali

- Abbate F. (2017), *Il corpo vissuto nel testo*, Conoscenza, Roma.
- Abel O. (2022), *De l'humiliation. Le nouveau poison de notre société*, Liens qui libèrent (Les), Paris.
- Andrews, G. J., Evans, J., & McAlister, S. (2013). 'Creating the right therapy vibe': relational performances in holistic medicine. *Social Science & Medicine*, 83, 99-109.
- Anzul M., Evans F., Judith, King R. and Tellier-Robinson D. (2001), *Moving beyond a Deficit Perspective with Qualitative Research Methods*, *Exceptional Children*, 67(2), 235-249.
- Avati T. (2022), *Il silenzio del mondo*, Neri Pozza, Vicenza.
- Barone L. (2019), *Manuale di Psicologia Sociale*, Eurolit, Roma.
- Beck U. (2021), *La società globale del rischio*, Asterios, Trieste.
- Bert G. (2007), *Medicina Narrativa*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Bertolini P. (1994), *Un possibile (necessario?) incontro tra la pedagogia e la medicina*. In G. Bertolini (a cura), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, Guerini, Milano.
- Borgonovi E. (1996), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea.
- Trincherò, E., Borgonovi, E., & Farr-Wharton, B. (2014). Leader-member exchange, affective commitment, engagement, wellbeing, and intention to leave: public versus private sector Italian nurses. *Public Money & Management*, 34(6), 381-388, in <https://www.tandfonline.com>, doi: 10.1080/09540962.2014.962361
- Burton J., Launer J. (2003), *Supervision and Support in Primary Care*. Radcliffe Medical Press, Oxford.
- Campanini A. (2012), *Nuovo Dizionario di Servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Campanini A. (2022), *L'intervento sistemico. Un modello operativo per il Servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Campanini A. (2009), *Scenari di welfare e formazione al servizio sociale in una Europa che cambia*, Unicopli, Milano.

- Donati P. (1981), *L'operatore assistente sociale di fronte alla crisi del welfare state: quali prospettive?* Studi di Sociologia, 3-22.
- Canguilhem G. (1976), *La conoscenza della vita* (trad. it. di Bassani F), Il Mulino, Bologna.
- Canguilhem G. (1998), *Il normale e il patologico* (trad. it di Buzzolan D., introduzione a cura di M. Porro), Einaudi, Torino.
- Charon R. (2019), *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti*, trad. it. di Delorenzo C., Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Charon R., Montello M., a cura di (2022), *Stories Matter. The Role of Narrative in Medical Ethics*, Routledge, New York.
- Cyrułnik B. (2000), *Il dolore meraviglioso. Diventare adulti sereni superando i traumi dell'infanzia*, Frassinelli, Segrate (MI).
- D'Avenia A. (2016), *L'arte di essere fragili*, Mondadori, Milano.
- Dal Pra Ponticelli M. (2010), *Nuove prospettive di Servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Decety J., Lamm C. (2006), *Human empathy through the lens of social neuroscience*. Scientific World Journal, 6, 1146-1163
- Delamare F., Winterton J., Stringfellow E., (2006), *Typology of Knowledge, Skills and Competences: Clarification of the Concept and Prototype*, Cedefop Reference series; 64, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Demetrio D. (2013), *Educare è narrare. Le teorie, le pratiche, la cura*, Mimesis, Milano.
- Diomede Canevini M., Neve E. (2017), *Etica e deontologia del Servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Donati P. (1994), *Cura della salute e reti sociali: il progetto della community care*, L'Arco di Giano.
- Donati P. (2003), *La medicina vista dalla sociologia relazionale*, Difesa Sociale, Istituto Italiano di Medicina Sociale.
- Donati P. (2006), *Teoria relazionale della società: i concetti di base*, FrancoAngeli, Milano.
- Donati P. (2011), *Sociologia della riflessività*, Il Mulino, Bologna.
- Donati P. (2019), *Scoprire i beni relazionali. Per generare una nuova socialità*, Rubbettino, Soveria Mannelli.
- Donati P. (2021), *Lo sguardo relazionale. Saggio sul punto cieco delle scienze sociali*, Meltemi, Milano.
- Donati P., a cura di (1983), *La sociologia sanitaria. Dalla sociologia della medicina alla sociologia della salute*, FrancoAngeli, Milano.
- Donati P., a cura di (1987), *Manuale di sociologia sanitaria*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Donati P., *Pandemia: epifania delle relazioni e opportunità di trascendenza*, in Donati P. e Maspero G. (2021), *Dopo la pandemia. Rigenerare la società con le relazioni*, Roma, Città Nuova.
- Donati P., *Relazioni fra umani e relazioni fra umani e robot: il caso dell'assistenza agli anziani*, in Donati P. a cura di (2022), *La teoria relazionale nelle scienze sociali: sviluppi e prospettive*, Il Mulino, Bologna.

- Donati P., *Un nuovo modo di analizzare, valutare e implementare le buone pratiche nei servizi alla famiglia: il modello relazionale*, in Donati P., Prandini R., a cura di (2006), *Buone pratiche e servizi innovativi per la famiglia*, FrancoAngeli, Milano.
- Dumouchel, P. e Damiano L. (2019), *Vivere con i robot. Saggio sull'empatia artificiale*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Easter, D. W., & Beach, W. (2004). Competent patient care is dependent upon attending to empathic opportunities presented during interview sessions. *Current Surgery*, 61(3), 313-318.
- Ely R.J., Thomas D.A. (2001), Cultural Diversity at Work: The Effects of Diversity Perspectives on Work Group processes and outcomes. *Administrative Science Quarterly*, 46(2), 229-273.
- Faa G. et al. (2008), *Umanizzazione e professione sanitaria. Comunicazione, organizzazione e territorio*, Franco Angeli, Milano.
- Fargion S. (2013), *Il metodo del servizio sociale. Riflessioni, casi e ricerche*, Carocci Faber, Roma.
- Fazzi L. (2015), *Servizio sociale riflessivo. Metodi e tecniche per gli Operatori sociali*, Franco Angeli, Milano.
- Folgheraiter F., Donati P. a cura di (1991), *Community care. Teoria e pratica del lavoro sociale di rete*, Edizioni Centro Studi Erickson, Trento.
- Folgheraiter F. e Raineri M.L. (2017), *The principles and key ideas of Relational Social Work*, Relational Social Work, 1(1), 12-18.
- Gallino, a cura di (2006), *Dizionario di Sociologia*, Utet, Torino.
- Gargiulo S. (2021), *Il dovere di stare accanto: Piani di Zona e servizi alla persona*, Ed. Centro Culturale Arché, Nocera Inferiore.
- Glouberman, Mintzberg, (2001), Managing the Care of Health and the Cure of Disease Part I: Differentiation. *Health care management review*, 56-69.
- Goleman D. (2007), *Intelligenza Emotiva*, RCS Libri, Milano.
- Goleman D. (2015), *Essere leader. Guidare gli altri grazie all'intelligenza emotiva*, IBS; Galati, Fassio, & Viglino (2004), *Motivazioni ed emozioni dei medici e degli infermieri del pronto soccorso*, Erickson, Trento.
- Good B.J. (2006), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Einaudi, Torino.
- Goodwin N. (2005), *Leadership in Health Care: A European Perspective*, Routledge, London.
- Ham C. (2003), *Improving the performance of health services: the role of clinical leadership*, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12801754/>; doi: 10.1016/S0140-6736(03)13593-3
- Heidegger M. (1995), *Lettera sull' "umanismo"*, Milano, Adelphi.
- Ho A. (2008), *The Individualist Model of Autonomy and the Challenge of Disability*. *Bioethical Inquiry*, 5, 193-207.
- Howard G. (2005), *Educazione e sviluppo della mente. Intelligenze multiple e apprendimento*, Erickson, Trento.
- Kacmar, K. M., Tillman, C. J., Harris, K. J., & Whitman, M. V. (2016). Perceptions of ethical leadership as a mediator of the relationship between abusive

- supervision and work behaviors. *Journal of Behavioral and Applied Management*, 16(1).
- La Repubblica, *I nostri bambini disabili lasciati senza assistenza. Così la scuola li discrimina*, in bit.ly/36NoSXR (27.3.2022).
- Lavalle T. (2014), *L'utilizzo dei casi di studio per favorire l'apprendimento di metodologie e strumenti per lo sviluppo organizzativo o di percorsi di cura nelle aziende sanitarie*, [Dissertation thesis], Alma Mater Studiorum Università di Bologna.
- Lazzari F., *Interrogarsi, ricercare, riflettere, agire*, in Lazzari F. a cura di (2008), *Servizio sociale trifocale. Le azioni e gli attori delle nuove politiche sociali*, FrancoAngeli, Milano.
- Ludmerer K.M. (2005), *Time to Heal: American Medical Education from the Turn of the Century to the Era of Managed Care*, Oxford University Press, NY.
- Majani G. (2001), *Compliance, adesione, aderenza*, McGraw-Hill, Milano.
- Malaguti E. (2005), *Educarsi alla resilienza. Come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi*. Edizioni Erickson, Gardolo.
- Mann T., a cura di (1983), Giachetti Sorteni B., *La Montagna incantata* Dall'Oglio Editore, Milano.
- Masera G. (2007), *L'empatia in Edith Stein: la giusta distanza per essere accanto all'altro*, in "I luoghi della cura". Edizioni Internazionali, Roma.
- Masini M. (2009), *Dalle emozioni ai sentimenti. Manuale di artigianato educativo e di counselling relazionale*, Edizioni Prepos, Lucca.
- Maslow H. (1954), *Abraham, Motivation and Personality*, Harper & Row Publishers, New York.
- Mencarelli D. (2018), *La casa degli sguardi*, Mondadori, Milano.
- Milani P., Ius M. (2010), *Sotto un cielo di stelle. Educazione, bambini e resilienza*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Mintzberg H., *Il lavoro manageriale in pratica. Quello che i manager fanno e quello che possono fare meglio*, Franco Angeli, Milano.
- Mintzberg H. (1982), *A Note on that Dirty Word 'Efficiency'*, *Interfaces*, 12(5), 101-105.
- Mintzberg H. (1994), *Managing as Blended Care*, *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 24(9), 29-36.
- Mintzberg H. (1996), *Managing Government, Governing Management*, *Harvard Business Review*, 74(3), 75.
- Monda P., *Programmare e costruire benessere sociale. Appunti di programmazione e gestione di servizi alla persona per operatori sociali*, dispense inedite.
- Mondadori, *L'arte di essere fragili*, in bit.ly/3tH4yQS (27.3.2022). Mortari L. (2006), *La pratica dell'aver cura*, Bruno Mondadori, Milano.
- Mortari L. (2021), *La politica della cura*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- New Merriam-Webster Dictionary, in Giusti E. e Locatelli M. (2000), *L'empatia integrata: analisi umanistica del comportamento motivazionale nella clinica e nella formazione*, Sovera, Roma.
- OMS (1996), *Therapeutic patient education-continuing education programmes for health care providers in the field of chronic disease*.
- Ong L.M., Visser M.R., Lammes F.B., De Haes J.C. (2000). Doctor-patient

- communication and cancer patients' quality of life and satisfaction. *Patient education and counseling*, 41(2), 145-156.
- Oxford English Dictionary, in Giusti E. e Locatelli M. (2000), *L'empatia integrata: analisi umanistica del comportamento motivazionale nella clinica e nella formazione*, Roma.
- Philosophical Studies: *An International Journal for Philosophy in the Analytic Tradition*, 89, 2/3, The American Philosophical Association Pacific Division Meeting 1997/1998.
- Pieroni G., Dal Pra Ponticelli M. (2005), *Introduzione al Servizio sociale. Storia, principi, deontologia*, Carocci, Roma.
- Pieroni G., *Deontologia e responsabilità professionali*, in Filippini S., a cura di (2020), *Nuovo codice deontologico dell'Assistente sociale: le responsabilità professionali*, Carocci, Roma.
- Pinotti A. (2011), *Empatia: storia di un'idea da Platone al postumano*, Laterza, Roma.
- Pizza G. (2005), *Antropologia medica: saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- Position Statement GIMBE®: Il Governo Clinico nelle Aziende Sanitarie. Disponibile a: www.gimbe.org/gimbe/statement/ps_gc.htm AG16
- Prodi G. (1987), *Alla radice del comportamento morale*, Marietti, Genova.
- Raineri M.L. and Calcaterra V. (2017), *Per un social work anti-oppressivo. Riconoscere e contrastare le discriminazioni nel lavoro sui casi*, Lavoro Sociale, 17(4), 95-112.
- Richardson, G. E., Neiger, B. L., Jensen, S., & Kumpfer, K. L. (1990). The resiliency model. *Health education*, 21(6), 33-39.
- Ricoeur P. (1986), *Tempo e racconto* (trad. it. di Grampa G.), Jaca Book, Milano.
- Ricoeur P. (2007), Il Giusto II. *La differenza tra il normale e il patologico come fonte di rispetto* (trad. it. di Iannotta D., Effatà Editrice, Torino, pp. 231-232).
- Rizzolatti G., Gnoli A. (2018), *In te mi specchio: per una scienza dell'empatia*, Rizzoli, Milano.
- Rogers C.R. (1980), *A way of being*, Boston: Houghton Mifflin Company (traduzione italiana: *Un modo di essere*, Martinelli Editore, Firenze 1983).
- Rogers C. (1978), *The formative tendency*. *Journal of Humanistic Psychology*, 18, 23-26.
- Russo L. (2021), *Quanta bellezza. Elogio dei corpi fragili e cultura della cura*, Sempre Edizioni, Rimini.
- Russo P. (2019), *Gli italiani non sorridono più*, Lampo Editore, Campobasso.
- Russo P. (2019), *Umanizzazione delle cure. Riflessioni sulle buone prassi in sanità*. Editrice Lampo, Campobasso.
- Salvatores G., Stella, in bit.ly/3DbqOFT (26.3.2022).
- Sanicola L. (2009), *Dinamica di rete e lavoro sociale. Un metodo relazionale*, Liguori Editore, Napoli.
- Schön D.A. (1993), *Il professionista riflessivo*, Dedalo, Bari.
- Sharkey A. (2014), *Robots and human dignity: A consideration of the effects of robot care on the dignity of older people*, *Ethics and Information Technology*, 16, 63-75.

- Singer T., Lamm C., (2009), *The Social Neuroscience of Empathy*, Annals New York Academy of Sciences, 1156, 81/96.
- Sonnby-Borgström, M., Jönsson, P. & Svensson, O. (2003), Emotional Empathy as Related to Mimicry Reactions at Different Levels of Information Processing. *Journal of Nonverbal Behavior*, 27, 3-23.
- Sontag S. (1979), *Malattia come metafora* (trad. it. di E. Capriolo) Einaudi, Torino.
- Supervision and Work Behaviors, JOURNAL ARTICLE; Mintzberg (1985), “Visionary leadership and strategic management” in <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/smj.4250100704>.
- Tanese A., Terzi A. (2013), *Il cittadino stakeholder della sanità. Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute*, ASSR, Roma.
- Uniting (26.3.2022), *Inclusion Makes the World More Vibrant*, in bit.ly/3tHOBdt
- Victor A. (2018), *Pestoff, Co-production and Public Service Management. Citizen-ship, Governance and Public Service Management*, Routledge, London.
- Vischer R. (2003), *Sul sentimento ottico della forma*, in R. Vischer, F.T. Vischer, *Simbolo e forma*, Aragno, Torino.
- Weigel J. (2022), *The Butterfly Circus*, in bit.ly/3urTxSU
- Werner E.E., Smith R.S. (1992), *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press, New York.
- Wilken J.P. (2021), The CARE model. The relationship as the heart of good care, *Relational Social Work*, 5(1), pp. 34-47.
- Wispe L. (1986), *The Distinction Between Sympathy and Empathy: To Call Forth a Concept, A Word Is Needed*, Journal of Personality and Social Psychology.

Sitografia

- <http://www.psicoclinica.it/il-coping>, dal sito della Società Italiana di Psicologia Clinica Medica, voce di Elisa Bonanni.
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12801754/>
- <http://www.unife.it/medicina/ls.riabilitazione/studiare/minisiti/tirocinio-i/materiale-didattico/2015>
- <https://francescomacri.wordpress.com/2022/02/20/dellumiliazione-il-nuovo-veleno-della-nostra-societa/>
- https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1468-0270.2011.02115_3.x
- <https://spectrum.ieee.org/telenoid-r1-hiroshi-ishiguro-newest-and-strangest-android>, consultato il 10/4/2022
- <https://www.dimensioneinfermiere.it/robot-sanitari-non-possano-sostituire-gli-infermieri/> consultato il 10/4/2022.
- <https://www.enfeasalute.it/medicina-di-prossimita-post-covid/>, consultato il 10/4/2022.
- https://www.gimbe.org/pubblicazioni/gimbe/position_statement/governo_clinico/P_S
- <https://www.growens.io/it/modello-leadership/>
- <https://www.icsangiovannibosco.edu.it/wp-content/uploads/2021/04/DS-servant-leader.pdf>.

<https://www.la-croix.com/France/Olivier-Abel-Nous-devons-devenir-sensibles-humiliations-elementaires-2022-02-21-1201201366>.
<https://www.nurse24.it/dossier/covid19/grace-il-robot-umanoide-nato-dalla-pandemia.html>, consultato il 9/4/2022
<https://www.omni-web.org/misurare-umanizzazione-delle-cure>
http://www.unife.it/medicina/ls.riabilitazione/studiare/minisiti/tirocinio-i/materiale-didattico/2015_16/bibliografia/3_i_sistemi_di_valutazione.pdf, consultato il 30.06.2021
<https://www.wtco.global/servant-leader> <https://www.wtco.global/servant-leader/>

Gli autori

Pierpaolo Donati, sociologo di comprovata fama internazionale, ha prodotto numerose opere di carattere teorico ed empirico. Ha proposto una teoria generale per l'analisi della società chiamata sociologia relazionale, distinta da tutte le teorie sociologiche precedenti e contemporanee. Dal 1981 è Professore ordinario di Sociologia presso la Facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Bologna. È direttore del Centro Studi di Politica Sociale e Sociologia Sanitaria, Presidente del Corso di laurea in Sociologia, e Coordinatore del PhD in Sociologia presso il Dipartimento di Sociologia dell'Università di Bologna.

Patrizia Russo, assistente sociale specialista, specializzata in Management sanitario, è docente di Metodi del Servizio sociale e lavoro di gruppo e di Organizzazione del Servizio sociale presso l'Università degli Studi del Molise, nonché docente di Sociologia della salute e della famiglia presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore. Si occupa dal 2001 di riabilitazione e reinserimento socio-lavorativo di pazienti psichiatrici.

Marco Giordano, assistente sociale specialista, è docente di Servizio sociale presso l'Università Federico II di Napoli e Aldo Moro di Bari. È presidente della Federazione Progetto Famiglia e membro del Tavolo Nazionale dell'Affido. Dal 2018 è direttore del Centro Studi e Formazione per le professioni sociali di Progetto Famiglia e autore di testi e ricerche sul tema dell'affidamento familiare.

Marilena Di Lollo è responsabile dell'Area Affido dell'Associazione Progetto Famiglia. È assistente sociale del progetto SAI (Sistema Accoglienza e Integrazione) nella provincia di Isernia.

RIUMANIZZARE LE CURE

I contesti e i professionisti dediti alla “cura” delle persone riescono sempre ad attuare interventi pienamente umani? Cosa può contribuire a questo scopo e quali, invece, sono i fattori che rischiano di “disumanizzare la cura”, rendendola degradante per coloro che la ricevono e per quelli che la attuano?

La cura trova la sua essenza nelle relazioni umane, come pure la salute fonda in esse le proprie radici. Il testo propone un articolato *excursus* sull’umanizzazione della cura toccandone gli aspetti tecnici, sociologici, organizzativi, psicoemotivi, etici, politici. Allargando la riflessione alle dimensioni di sistema, ci si interroga sulla centralità delle relazioni in ambito sociosanitario, sul modello della *servant leadership*, sulla riflessività e sul valore della fragilità, sul rapporto tra empatia e resilienza nelle relazioni d’aiuto, sui limiti e le prospettive della robotica in ambito assistenziale.

Pierpaolo Donati, sociologo di comprovata fama internazionale, ha scritto numerose opere di carattere teorico ed empirico. Ha proposto una teoria generale per l’analisi della società chiamata “sociologia relazionale”, distinta da tutte le teorie sociologiche precedenti e contemporanee. Dal 1981 è Professore ordinario di Sociologia presso la Facoltà di Scienze politiche dell’Università di Bologna.

Marilena Di Lollo è responsabile dell’Area Affidamento dell’Associazione Progetto Famiglia. È assistente sociale del progetto SAI (Sistema Accoglienza e Integrazione) nella provincia di Isernia.

Marco Giordano, assistente sociale specialista, è docente di Servizio sociale presso l’Università Federico II di Napoli e Aldo Moro di Bari. È presidente della Federazione Progetto Famiglia e membro del Tavolo Nazionale dell’Affido. Dal 2018 è direttore del Centro Studi e Formazione per le professioni sociali di Progetto Famiglia.

Patrizia Russo, assistente sociale specialista, specializzata in Management sanitario, è docente di Metodo e tecniche del Servizio sociale e lavoro di gruppo e di Organizzazione del Servizio sociale presso l’Università degli Studi del Molise, nonché docente di Sociologia della salute e della famiglia presso l’Università Cattolica del Sacro Cuore.