



EtiCare. Trasformare i valori in azione a partire dalla Costituzione etica

Report sulle attività di progetto

A cura di

FRANCESCA CRIVELLARO

Coordinamento scientifico del progetto

Antonio Cerchiaro (Consigliere Comitato Centrale FNO TSRM e PSTRP, Delega Etica e Deontologia): antonio.cerchiaro@tsrm-pstrp.org

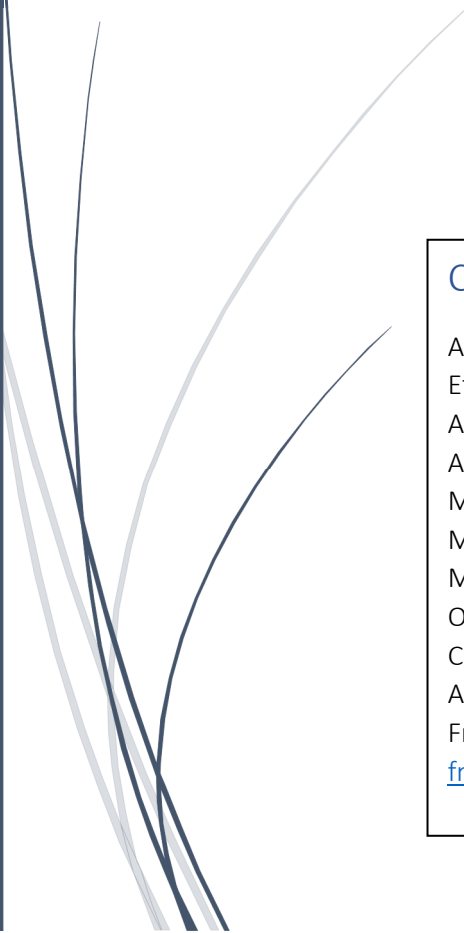
Alessandro Beux (Consigliere Comitato Centrale FNO TSRM e PSTRP Delega: Aspetti giuridici e medico-legali): alessandro.beux@tsrm-pstrp.org

Massimo Brunetti (Direttore Relazioni esterne e comunicazione, Azienda USL Modena): massimo.brunetti@gmail.com

Michela Giannetti (Tecnico sanitario di radiologia medica, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese): michela.giannettitsrm@gmail.com

Cecilia Gallotti (Antropologa culturale Università di Bologna e consulente Azienda USL di Modena): cecilia.gallotti@unibo.it

Francesca Crivellaro (Antropologa culturale, Università di Bologna): francesca.crivellar4@unibo.it



Indice

PARTE I. EtiCare. <i>Genesis, sviluppo, attività di progetto</i>	1
Introduzione	2
Metodologia	4
Perché una ricerca-azione	4
Gruppi di Approfondimento: composizione e struttura degli incontri	5
Panoramica dei/le partecipanti e della partecipazione	9
PARTE II. <i>Analisi dei risultati dei Gruppi di Approfondimento</i>	11
Dalla Costituzione etica all'agire etico: dentro le prassi quotidiane, fra esperienze di sofferenza morale e resilienza	12
Le parole per dire "Etica": una premessa	12
L'etica: una questione che mette tutti d'accordo?	13
Si fa presto a dire "etica". La sofferenza morale nelle professioni sanitarie: costrizioni, conflitti e dilemmi etici	17
Oltre i limiti, le opportunità: risorse e buone pratiche per la resilienza morale	31
Riferimenti bibliografici	39

PARTE I

EtiCare. *Genesis, sviluppo, attività di progetto*

Introduzione

Le professioni sanitarie sono indissolubilmente legate all'orientamento etico che l'operare nel campo della salute necessariamente comporta. La questione dell'integrità – e cioè la capacità/possibilità di agire nella vita lavorativa coerentemente con il proprio sistema valoriale personale e con la deontologia della comunità professionale di appartenenza – rappresenta un tema di fondamentale importanza perché strettamente connesso non solo al benessere lavorativo, ma anche alla più ampia e profonda definizione dell'identità professionale di chi opera in ambito sanitario. Giocando un ruolo di primo piano nell'informare l'agire quotidiano, i valori – che si collocano al confine fra l'etica personale, etica professionale e deontologia – sono vere e proprie “bussole” per il comportamento e rappresentano, dunque, il punto di partenza per trasformare le parole e le idee rispetto a ciò che è giusto, opportuno, desiderabile, in azioni concrete.

Il progetto di ricerca-azione *EtiCare* nasce nel solco della più ampia collaborazione tra la Federazione Nazionale Ordini TSRM e PSTRP e il progetto *Illuminiamo la salute*¹ con l'obiettivo di proseguire sulla strada intrapresa con l'elaborazione e l'approvazione della Costituzione etica². Questo documento – articolato a partire dall'identificazione di dieci concetti-chiave³ ritenuti fra i più significativi nel descrivere un agire eticamente e deontologicamente orientato nelle 19 professioni sanitarie – rappresenta una sorta di accordo trasversale sui valori fondamentali a partire dai quali tracciare il perimetro per prassi libere da costrizioni all'integrità professionale (cfr Iphofen 2020). I codici etici e deontologici offrono, infatti, ai professionisti indicazioni, così come regole e principi volti ad informare la condotta professionale. Nella vita quotidiana, tuttavia, le situazioni che si presentano nei diversi contesti in cui gli operatori e le operatrici sanitarie esercitano il proprio ruolo sono molteplici, talvolta complesse e sfidanti sotto il profilo dell'orientamento valoriale e non sempre dissipabili facendo riferimento ai Codici (cfr Semi 2010; Appell 1978). I professionisti possono trovarsi a vivere conflitti e dilemmi etici la cui risoluzione richiede una buona dose di «pragmatismo informale», modellato tanto dall'esperienza quanto dal buon senso (cfr Semi 2010).

L'obiettivo di *EtiCare* è stato, dunque, quello di esplorare come i professionisti e le professioniste sanitarie danno senso ai valori che fondano la Costituzione etica, facendo emergere – al tempo stesso – quelle buone pratiche che, a partire dai vincoli e dalle possibilità di trasformare gli orientamenti valoriali in azioni nei contesti di lavoro, caratterizzano la loro esperienza quotidiana in diversi territori (Nord, Centro e Sud Italia) e in differenti settori (pubblico, privato). In questa direzione, sono stati costituiti alcuni Gruppi di Approfondimento (GdA) composti da professionisti/e che – accompagnati

¹ Il progetto che ha visto collaborare la Federazione con l'iniziativa *Illuminiamo la salute* ha previsto un'indagine (survey) sul tema dell'integrità professionale che ha coinvolto tutti gli iscritti e le iscritte agli Ordini nazionali. *EtiCare* rappresenta una nuova fase di questo lavoro che – muovendo dal lavoro della Federazione sulla Costituzione Etica – valorizza le riflessioni svolte insieme ad alcuni colleghi e colleghe che qui ringraziamo e che continueranno a rimanere un riferimento per l'implementazione del progetto stesso nei diversi territori: Arianna Sellari e Maria Cristina Rosetti (Terapisti Neuro e Psicomotricità Età Evolutiva), Paola Pirocca (Fisioterapisti), Susanna Agostini (Dietisti), Giuseppe Marazia (Tecnici audioprotesisti), Emanuela Camurati (Tecnici Prevenzione Ambiente e Luoghi di Lavoro), Marco Franco Agnoletti (Tecnici Prevenzione Ambiente e Luoghi di Lavoro), Cristina Comi e Michela Rossini (Igienisti dentali), Maurizio Volpini (Podologi), Alessia Cabrini (Tecnici laboratorio) e Lucia Intruglio (Ortottisti e Assistenti di oftalmologia), Maria Concetta Crupi (Università della Ricerca, Memoria e Impegno – UniriMI).

² La Costituzione Etica è stata approvata dal Consiglio Nazionale a Roma il 2 luglio del 2021 e presentata alle istituzioni il 3 luglio dello stesso anno.

³ Il decalogo è costituito dai seguenti concetti-chiave: persona; responsabilità; salute; relazione; informazione; consenso; multiprofessionalità; competenza; riservatezza; equità.

nella riflessione e nello scambio da un'antropologa culturale – sono stati invitati non solo a condividere e confrontarsi sui diversi modi in cui alcuni valori cardine che orientano l'agire quotidiano trasversalmente alle diverse professioni sanitarie vengono declinati a seconda della specifico ruolo professionale e dell'ambito lavorativo, ma anche ad identificare proattivamente strategie operative per trasformare questi stessi valori in prassi, anche e soprattutto in situazioni e condizioni percepite come critiche, difficili od “opache”.

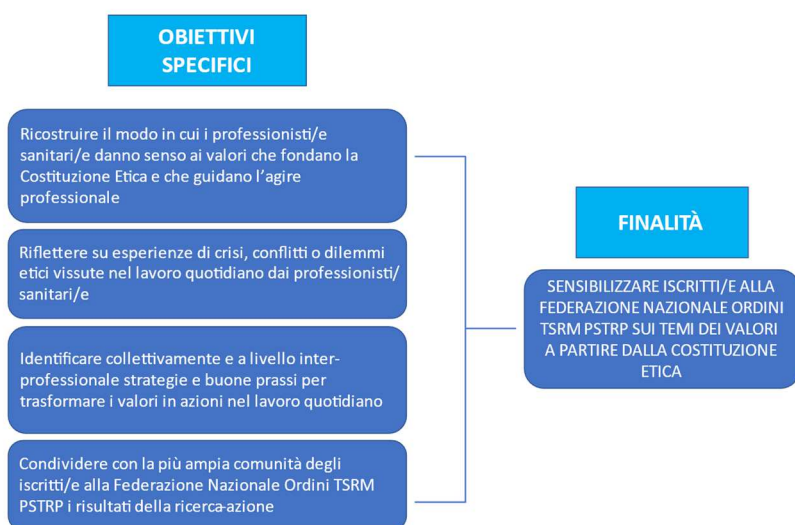


Fig. 1 Finalità e obiettivi specifici del progetto EtiCare

Il progetto *EtiCare*, sviluppato nei primi mesi del 2021 dal gruppo di coordinamento scientifico e rivisto e approvato dal Comitato Centrale della Federazione nel giugno dello stesso anno, si è articolato nelle seguenti fasi:

1. *Organizzazione, promozione e avvio* (settembre-novembre 2021)
 - a) Identificazione di tre Ordini rappresentativi di differenti contesti territoriali e sociali in ciascuna delle tre macro aree geografiche del paese (Nord, Centro, Sud Italia).
 - b) Costituzione – in collaborazione con i Presidenti degli Ordini identificati a livello territoriale – di sei gruppi (due per ciascun Ordine) composti da dieci partecipanti ciascuno (per maggiori dettagli sulla composizione dei gruppi, si rimanda alla sezione Metodologia).
 - c) Presentazione del progetto ai/le iscritti/e alla Federazione selezionati per la partecipazione ai GdA (seminario “EtiCare. Trasformare i valori in azioni”, 15/XI/2021).
2. *Implementazione dei GdA* (dicembre 2021-giugno 2022).
 - a) Realizzazione dei GdA con i sei gruppi di partecipanti identificati negli Ordini delle tre macro-aree geografiche.
 - b) Realizzazione di sei incontri di follow-up con ciascun gruppo di partecipanti.
3. *Analisi dei dati raccolti nell'ambito della ricerca-azione* (gennaio-settembre 2022)
 - a) Trascrizione fedele delle registrazioni degli incontri.

- b) Analisi tematica delle registrazioni/trascrizioni a partire da alcune categorie analitiche – moral distress e resilienza morale (per maggiori dettagli, si veda la sezione Analisi) – proprie della letteratura sul tema dell’etica e i valori nelle professioni sanitarie.
- 4. *Restituzione e disseminazione* (settembre-dicembre 2022)
 - a) Elaborazione del report sulle attività di progetto.
 - b) Organizzazione di eventi di disseminazione utilizzando diversi format e modalità di comunicazione



Fig. 2 Sintesi delle fasi e delle attività del progetto EtiCare

Il presente report descrive le attività progettuali con particolare attenzione all’analisi di quanto emerso nella fase di realizzazione dei GdA con l’obiettivo di documentare e restituire i risultati dell’esperienza di ricerca-azione.

Metodologia

Perché una ricerca-azione

La ricerca-azione è una strategia d’indagine che mira a tenere insieme l’azione e la riflessione, la teoria e la pratica e che – prevedendo una stretta collaborazione fra chi fa ricerca e chi opera sul campo – incoraggia processi conoscitivi *con*, piuttosto che *sui* soggetti coinvolti (Bove 2019). Pur riadattata agli obiettivi di *EtiCare*, la ricerca-azione si è configurata quale metodologia di lavoro privilegiata proprio per le potenzialità che offre nell’attivare i/le partecipanti non solo nell’analisi e nella descrizione di problemi percepiti come comuni, ma anche nell’identificazione collettiva di potenziali strategie per il loro fronteggiamento (Reason, Bradbury 2001).

Il gruppo di Coordinamento Scientifico del progetto è, infatti, partito dal presupposto che le professioniste ed i professionisti sanitari – in virtù dell’esperienza in prima linea nella gestione delle questioni di natura etica – rappresentino una risorsa imprescindibile per comprendere come concretamente i valori si trasformino in azioni morali nella pratica professionale. Tale processo di “messa a terra” è, tuttavia, il più delle volte implicito e assomiglia ad una sorta di improvvisazione basata su un copione molto vicino al “canovaccio” (cfr Goodale 2016). Per questa ragione, il progetto ha voluto offrire ad operatori ed operatrici uno spazio/tempo inter-professionale all’interno del quale riflettere – consapevolmente, in modo collettivo e a partire da un approccio non giudicante – sulla propria quotidianità lavorativa che è sì attraversata da conflitti, crisi e dilemmi etici, ma che è fatta anche di strategie e tattiche per farvi fronte. La presenza di una facilitatrice esterna al mondo del lavoro in ambito sanitario ha favorito nei/lle partecipanti un processo di oggettivazione delle criticità che si riscontrano nella pratica professionale sotto il profilo etico, permettendo una riflessione che – pur non eludendo la dimensione emotiva – si è caratterizzata per quell’approccio analitico che, per ragioni di tempo e di incombenze, costituisce per operatori/trici una sorta di lusso che, molto spesso, non ci si può concedere.

Al tempo stesso, i GdA sono stati ideati quali momenti in cui favorire processi di costruzione di reti inter-professionali che permettessero ai singoli operatori/trici di pensarsi come parte di una più ampia «comunità morale» che – al di là delle sua intrinseca pluralità – condivide obiettivi, vicissitudini professionali, così come riferimenti valoriali e deontologici. La consapevolezza di appartenere ad una medesima comunità – morale, oltre che professionale – rappresenta una risorsa che da un lato contribuisce a rafforzare l’identità dei professionisti sanitari e dall’altro consente di ridurre quel senso di solitudine che – in situazioni di “stress etico” – operatori e operatrici possono vivere sulla propria pelle.

Gruppi di Approfondimento: composizione e struttura degli incontri

La selezione dei partecipanti ai GdA ha visto il coinvolgimento attivo dei Presidenti di tre Ordini provinciali e inter provinciali di tre regioni che fanno parte delle macro aree geografiche del Paese (Nord, Centro, Sud Italia) in modo da poter realizzare comparazioni e tenere opportunamente in considerazione – ove opportuno – la diversità territoriale quale fattore contestuale in grado di condizionare in modo specifico barriere e opportunità nell’agire etico dei/lle professionisti/e.

Su richiesta del Gruppo di Coordinamento, ciascun Presidente ha identificato i partecipanti fra gli iscritti e iscritte agli Ordini, avendo cura che tutte e 19 le professioni sanitarie fossero opportunamente rappresentate. Sono in seguito stati costituiti i sei gruppi – due per ciascuna macro area geografica – composti da dieci partecipanti ciascuno.

Fatta eccezione per l’omogeneità territoriale, nella costruzione di ogni gruppo – dal punto di vista metodologico – è stato privilegiato il criterio della eterogeneità: di genere, d’età, di longevità nell’esercizio della professione, di progressione di carriera, di settore lavorativo (pubblico/privato), di aree delle professioni sanitarie in cui si opera (Tecnico-sanitaria, della Riabilitazione, della Prevenzione). Ciò ha reso possibile ricostruire il modo in cui specifici elementi e caratteristiche socio-anagrafiche (età, genere, posizione occupata all’interno dell’organizzazione, settore in cui si lavora, specifica professione svolta) contribuiscono a produrre esperienze e vissuti stratificati in relazione alle questioni etiche. Al tempo stesso, la varietà del gruppo ha consentito ai partecipanti di attivare

riflessioni a partire da punti di vista – per quanto vicini – diversi: nel confronto collettivo, la prospettiva dell’altro ha funzionato come stimolo da cui i partecipanti sono partiti per rileggere con occhi nuovi e nuove chiavi di lettura anche la propria personale esperienza.

Dato l’andamento incerto della situazione pandemica, il Gruppo di Coordinamento ha optato per la realizzazione online dei GdA. Se questa soluzione ha ridotto la possibilità di beneficiare della materialità delle relazioni – fatta di linguaggio non verbale, oltre che di parole – ha d’altro canto favorito una buona partecipazione, consentendo ai professionisti sanitari di ottimizzare i tempi e di destreggiarsi meglio fra i numerosi impegni.

Prima dell’implementazione dei GdA, il Gruppo di Coordinamento ha organizzato un seminario di presentazione del progetto⁴ rivolto ai partecipanti identificati dai Presidenti di Ordine che si è configurato come vero e proprio kick-off di *EtiCare*: durante l’evento sono stati, infatti, condivisi gli obiettivi, la metodologia e le attività ed è stato chiarito il tipo di contributo che ci si aspettava da ciascun partecipante all’interno dei gruppi. Il seminario – che ha visto anche la partecipazione di alcuni membri del Gruppo di Lavoro che ha elaborato la Costituzione etica – è stata, inoltre, un’occasione per tracciare ed esplicitare le continuità fra il progetto e le azioni che la Federazione ha realizzato e sta realizzando sul tema dell’etica e della deontologia professionale⁵. *EtiCare* è stato presentato, in questo senso, quale sorta di anello di congiunzione per superare l’inevitabile scarto fra la necessaria astrazione di una cornice etica identificata come comune alle 19 professioni che la Federazione rappresenta e la dimensione dell’esperienza quotidiana dei singoli professionisti in contesti e luoghi inevitabilmente diversificati.

Cogliendo l’occasione del seminario, è stato lanciato un breve sondaggio che – pur non avendo pretesa di scientificità – ha permesso da un lato di avvicinare i partecipanti al tema dei valori e dall’altro di ottenere una prima inferenza – una sorta di fotografia “a grana grossa” – in merito all’importanza che i/le professionisti/e sanitari attribuiscono ad alcuni valori – selezionati dal Gruppo di Coordinamento – nell’esercizio della propria professione⁶.

Al sondaggio, la partecipazione al quale era volontaria, hanno risposto 30 delle 44 persone presenti al seminario (18 donne e 12 uomini) ed è emerso come, tra i valori proposti, i/le professionisti/e – trasversalmente alle diverse professioni rappresentate dalla Federazione – attribuiscono particolare rilevanza alla responsabilità, all’empatia, all’onestà e alla fiducia; valori che, per il loro situarsi al confine fra l’etica personale e quella professionale, sono in grado di raccogliere maggiore consenso, ma che al tempo stesso si prestano ad interpretazioni e traduzioni sul piano delle pratiche piuttosto variegata.

⁴ Il seminario “*EtiCare*. Trasformare i valori in azioni”, si è svolto online il 15 novembre 2021 e ha visto la partecipazione di circa 44 persone.

⁵ Oltre al già citato lavoro che ha portato all’approvazione della Costituzione etica, è stato citato il lavoro sulla revisione dei codici deontologici.

⁶ Il sondaggio, somministrato attraverso Google forms, presentava 10 valori (fiducia, empatia, collaboratività, creatività, flessibilità, solidarietà, rispetto della diversità, trasparenza, onestà, coraggio, responsabilità) a cui ogni rispondente doveva attribuire un’importanza attraverso una scala Likert a 5 (1: per nulla importante; 2: poco importante; 3 né importante né per nulla importante; 4: piuttosto importante; 5 molto importante).

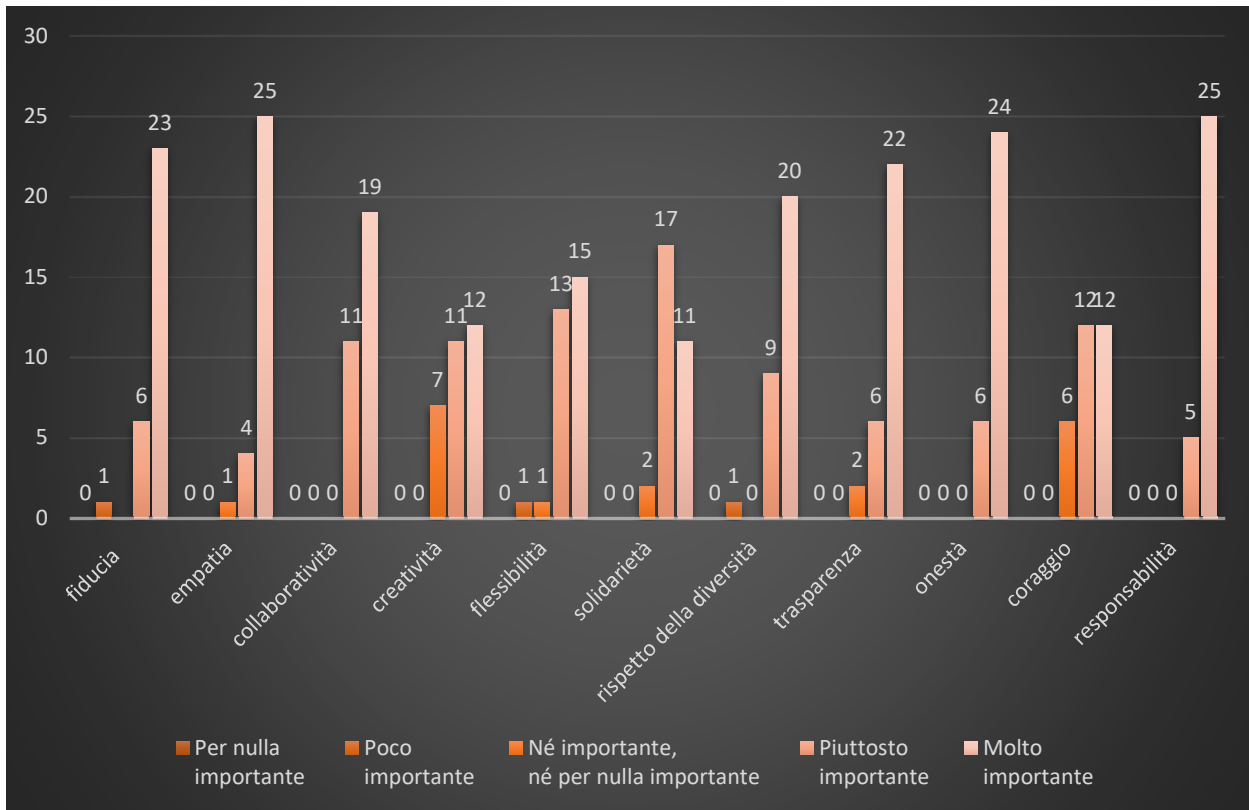


Fig. 3 Importanza attribuita dai/le professionisti/e ai valori proposti per il sondaggio

Sebbene inizialmente il Gruppo di Coordinamento avesse ipotizzato di concentrare l'attenzione all'interno dei singoli GdA sui sei valori opzionati come "molto importanti" da un maggior numero di persone, successivamente si è ritenuto più opportuno e proficuo fare una scelta differente: anziché proporre in modo eterodiretto un valore specifico e diverso per ogni gruppo, si è preferito fare in modo che ogni GdA arrivasse a convergere – attraverso un piccolo esercizio socio-metrico volto a identificare un emergente gruppale – sul valore che in quel preciso momento risuonasse come particolarmente rilevante per il maggior numero di persone. Questo ha favorito uno scambio molto partecipato all'interno dei gruppi anche in virtù di una discussione incentrata su quei valori e problematiche etiche sentite come effettivamente prioritarie o, in qualche modo, urgenti.

Concordando sulla necessità di adottare un approccio flessibile e attento non solo alle dinamiche del gruppo ma anche alle sollecitazioni che sarebbero potute arrivare dai partecipanti, il Gruppo di Coordinamento ha elaborato una struttura dei GdA da usare come traccia che garantisse al percorso una propria coerenza interna e la comparabilità dei dati raccolti, senza tuttavia diventare uno schema rigido da riproporre pedissequamente ad ogni incontro.

I GdA sono, dunque, stati strutturati in diversi momenti (accoglienza, negoziazione delle "regole del gioco", ice-breaking, condivisione e discussione, chiusura) che hanno visto l'implementazione delle seguenti attività specifiche:

- Accoglienza da parte della facilitatrice e introduzione all'incontro: sintetica presentazione degli obiettivi di *EtiCare* (con qualche riferimento puntuale alla Costituzione Etica) e degli obiettivi del GdA.
- Introduzione al tema dei valori e breve restituzione del sondaggio online e della ricerca svolta nelle frasi precedenti di *EtiCare* (facendo riferimento, in particolare, ai risultati del questionario sull'integrità professionale somministrato nel 2019).
- Condivisione di alcuni presupposti per la realizzazione dell'incontro (la necessità di parlare uno alla volta, la possibilità di non rispondere a domande che potessero mettere eventualmente a disagio, la necessità di firmare il consenso e l'informativa per la privacy).
- Giro di tavolo in cui i/le partecipanti sono stati invitati a presentarsi focalizzandosi su alcuni elementi (quale professione svolgevano, da quanto tempo, in quale ambito/tipologia di organizzazione, eventuali ruoli in ambito associativo e nell'Ordine).
- Attività rompighiaccio⁷: i/le partecipanti sono stati stimolati dalla facilitatrice ad indicare le prime tre parole associate al concetto di "etica".
- Esercizio socio-metrico: ogni partecipante, a turno, è stato chiamato a presentare il valore in quel momento sentito come più rilevante dandone una definizione e facendo esempi concreti del perché fosse importante per svolgere la propria professione; gli altri partecipanti, a turno, hanno attribuito a quel valore un punteggio da 0 a 3, fornendo a loro volta una definizione e portando esempi concreti del significato che quel valore assumeva nel loro nel lavoro quotidiano. Il valore che aveva conseguito il punteggio più alto da parte della maggioranza dei membri del gruppo, è stato scelto come oggetto di una discussione più approfondita.
- Condivisione di uno o più casi in cui i/le professionisti/e sanitari/e avevano vissuto un conflitto o un dilemma etico in relazione al valore scelto.
- Analisi e riflessione collettiva sul caso o sui casi proposti sulla base di esperienze simili o liminali dei/le partecipanti.
- Condivisione/identificazione di possibili strategie per affrontare la situazione di crisi etica.
- Re-cap da parte della facilitatrice dei principali spunti emersi nel corso del GdA e chiusura.

La struttura è stata mantenuta nei diversi incontri, tuttavia le inferenze maturate nel corso della conduzione dei diversi GdA (esempi di situazioni eticamente problematiche, considerazioni rispetto a certi valori o dinamiche interne alle organizzazioni) sono state progressivamente utilizzate dalla facilitatrice come ulteriori spunti per favorire la discussione fra i/le partecipanti.

Nel giugno 2022, a distanza di qualche mese della realizzazione dei GdA, il Gruppo di Coordinamento di Scientifico ha ritenuto opportuno organizzare sei incontri di *follow-up* con l'obiettivo di condividere con i/le partecipanti dei diversi gruppi gli esiti della fase di ricerca e alcune, preliminari, riflessioni sull'analisi dei dati. Tali incontri – inizialmente non previsti – sono stati considerati essenziali per molteplici ragioni. Hanno rappresentato, innanzitutto, un doveroso momento di restituzione su quanto emerso a livello complessivo durante l'intero ciclo di incontri a chi – in prima persona – si è messo in gioco contribuendo col proprio tempo e la propria esperienza alla realizzazione del progetto. In secondo luogo, i *follow-up* si sono configurati come spazio partecipativo in cui il Gruppo di Coordinamento ha potuto non solo raccogliere le percezioni dei/le

⁷ Attività realizzata attraverso l'applicazione MentiMeter.

partecipanti rispetto alle preliminari interpretazioni dei dati – potendo, quindi, valutare quanto le interpretazioni fossero in linea col loro sentire – ma anche intercettare suggerimenti e aspettative relativamente ad un potenziale futuro lavoro della Federazione nel campo dell’etica e dei valori.

Panoramica dei/le partecipanti e della partecipazione

Complessivamente, delle 60 persone convocate hanno partecipato ai GdA 48 professionisti/e (31 donne e 17 uomini). Considerando il fatto che la maggior parte degli incontri si è svolta in un periodo di recrudescenza della pandemia – con l’aumento di responsabilità in ambito lavorativo e familiare che ciò ha comportato – e tenendo conto del fisiologico “drop-out dell’ultimo minuto” che tendenzialmente caratterizza questo tipo di iniziative, il tasso di partecipazione (80%) è stato – in generale – molto buono.

La scelta di delegare ai Presidenti di Ordine l’identificazione dei/le partecipanti e quindi di procedere ad una selezione effettuata “dal basso” e sulla base di effettive relazioni personali, si è rivelata strategica poiché ha favorito la partecipazione di persone in qualche modo “auto-selezionate” in quanto realmente interessate alle questioni etiche e deontologiche e, dunque, intrinsecamente motivate a mettersi in gioco e dare il proprio attivo contributo. Solo 2 persone su 48 non hanno mai preso parola all’interno dei GdA; la maggior parte dei professionisti/e ha, invece, dimostrato il proprio livello di coinvolgimento intervenendo fino alla fine degli incontri, talvolta trattenendosi oltre l’orario concordato, talvolta continuando a partecipare – magari con brevi disconnessioni – nonostante l’emergere di incombenze ed urgenze.

Coerentemente con quanto emerge dalla letteratura rispetto alla partecipazione a ricerche di tipo qualitativo, le donne hanno partecipato in misura maggiore ai GdA. Una maggiore partecipazione ha caratterizzato anche i/le professionisti/e del Nord Italia. Come si evince dal grafico sottostante (Fig. 5), i professionisti sanitari che operano nell’area della prevenzione (Assistenti sanitari e Tecnici della prevenzione nell’ambiente e nei luoghi di lavoro) costituiscono complessivamente la compagine meno rappresentata all’interno del ciclo dei GdA; ciò riflette la loro più esigua numerosità rispetto ai professionisti che operano nell’area Tecnico-sanitaria e della Riabilitazione.

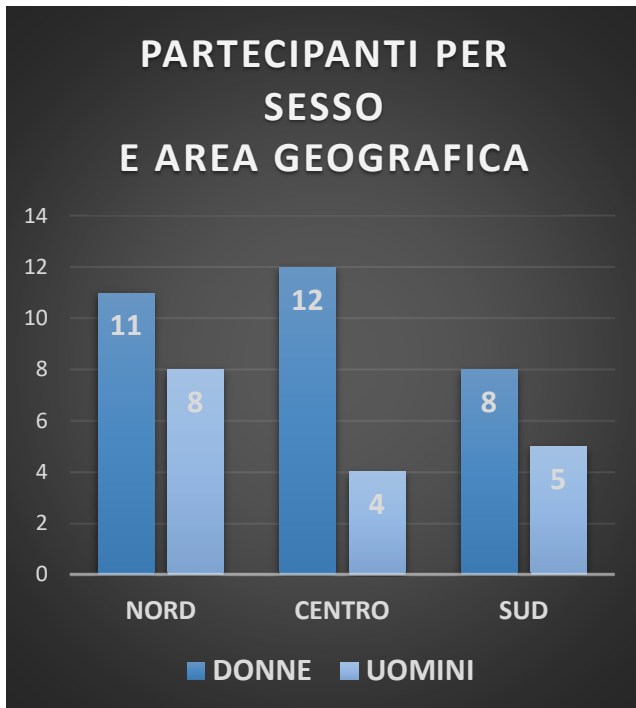


Fig. 4 Partecipanti per sesso e macro area geografica



Fig. 5 Partecipanti per area sanitaria

Per quanto riguarda l'età⁸, la partecipazione maggiore si è avuta da parte di professioniste/i di età compresa tra i quaranta e i cinquanta anni d'età.



Fig. 6 Partecipanti per fascia d'età

⁸ Per evitare eventuali disagi ai/le partecipanti durante la discussione all'interno dei GdA, l'età è stata chiesta in un momento successivo via email. In casi di mancata risposta, l'età è stata inferita o ricostruita indirettamente cercando – ove possibile – il dato online ai GdA.

Come accennato, nella ricerca sociale le rappresentazioni degli interlocutori/trici devono essere analizzate sulla base delle caratteristiche anagrafiche e sociali degli/le stessi/e per risultare interpretabili. Tuttavia, per ragioni legate alla tutela della privacy e dell'anonimato di chi ha volontariamente collaborato alla ricerca, in alcuni passaggi del presente report determinate caratteristiche come età, sesso e specifica professione di alcuni interlocutori/trici verranno omesse o aggregate in macro-categorie più ampie (riportando, ad esempio, l'area professionale anziché la professione) in modo da non favorirne la riconoscibilità. Questa operazione, doverosa dal punto di vista dell'etica della ricerca-azione, non inficia in alcun modo il processo di disseminazione dei risultati in quanto i passaggi sopra-menzionati fanno riferimento a situazioni che – per diverse ragioni che di volta in volta verranno esplicitate – possono essere considerate trasversali alle 19 professioni e – in qualche modo – paradigmatiche delle questioni etiche affrontate dai professionisti/e sanitari/e nei diversi settori lavorativi (pubblico, privato, privato sociale) e nelle distinte aree geografiche del paese.

PARTE II

Analisi dei risultati dei

Gruppi di

Approfondimento

Dalla Costituzione etica all'agire etico: dentro le prassi quotidiane, fra esperienze di sofferenza morale e resilienza

Credo che l'etica sia probabilmente la stessa cosa dell'uomo, nel senso che l'uomo è etica, credo che sia un aspetto dell'uomo imprescindibile dalla natura stessa dell'essere umano individuato all'interno di una società, di una struttura che è la nostra struttura societaria. E quindi un uomo non può non avere un'etica, è come se fosse la sua stessa essenza.

Tecnico sanitario di radiologia medica, uomo, 55-64 anni, Nord

Quindi all'approccio etico siamo molto, molto affezionati perché fondamentalmente noi professionisti sanitari ci crediamo, alla base abbiamo questo, è un po' il nostro DNA. [...] Per cui grande interesse, ci credo, per l'area della riabilitazione, ma in verità per tutti, non possiamo tenere come nicchia l'etica, ma fa parte integrante della cura.

Fisioterapista, donna, 55-64 anni, Centro

[...] sicuramente avere un senso della morale ti conduce a fare comunque delle scelte che tendono necessariamente o al bene o al male, quindi questo eterno conflitto ci fa essere sempre in discussione sulle scelte che dobbiamo quotidianamente fare. E penso che questo "qui e ora" sulla morale è un "qui e ora" che c'è oggi, ci sarà domani, ma ci sarà sempre perché comunque siamo sempre davanti a delle scelte da fare...

Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva, uomo, 35-44 anni, Sud

Le parole per dire "Etica": una premessa

Come anticipato, all'interno di ciascun GdA è stata proposta un'attività che richiedeva ai/le partecipanti di condividere – a voce o, per chi poteva, attraverso lo strumento MentiMeter – le prime tre parole che ciascuno di loro associava alla parola "etica". Sebbene tale attività avesse principalmente l'obiettivo di "rompere il ghiaccio" all'interno del gruppo e di facilitare, entrando nel merito, la discussione sul tema dei valori, questo piccolo esercizio ha permesso di acquisire una prima inferenza sul significato che i/le professionisti/e attribuiscono a questo concetto e le connessioni – stratificate e variegatae – che tale termine attiva nel pensarsi non solo come operatori e operatrici della salute, ma anche come essere umani.

Le "parole per dire etica" presentate sono state molte: nell'ambito dei diversi GdA ne sono state proposte circa 46. La nuvola rappresentata nella figura sottostante riporta le 19 parole che sono state suggerite da almeno due persone; quelle che nell'immagine appaiono più grosse, sono quelle più frequentemente proposte: la parola "rispetto", ad esempio, è stata proposta da 11 professionisti.



Fig. 7 Nuvola di parole associate al concetto di “etica”

Analizzando il vocabolario utilizzato, emerge quanto questo sia eterogeneo nel suo richiamare tanto definizioni o sinonimi (morale, deontologia, condotta), quanto – in misura maggiore – specifici valori (rispetto, empatia, collaboratività, giustizia, ecc.) o termini ombrello che richiamano e racchiudono più principi (professionalità, responsabilità) che si ritengono non solo irrinunciabili nell’agire morale, ma che – utilizzati in modo metonimico – diventano in qualche modo essi stessi sinonimi del concetto di etica. Questo tipo di associazione è certamente riconducibile al fatto che gli incontri fossero dichiaratamente imperniati sui valori, ma – almeno in parte – restituisce anche l’esigenza, da parte degli interlocutori/trici, di ancorare l’etica – cioè un insieme di norme e valori volti guidare il comportamento dell’essere umano in relazione agli altri – a principi-guida concreti e, in qualche misura, percepiti come prioritari.

L’analisi delle parole condivise e delle riflessioni dei/le partecipanti che le hanno accompagnate anticipa quegli scivolamenti e oscillazioni di operatori/trici fra etica professionale e deontologia che, nel discutere in modo più approfondito dei valori, si sono rese più esplicite. Utilizzati spesso come sinonimi, deontologia ed etica professionale sono effettivamente concetti liminali, tuttavia si distinguono per alcune sfumature importanti. La deontologia si può definire come un insieme di obblighi e regole stabilite più o meno formalmente da una specifica comunità professionale che si traducono in una sorta di “codice di condotta” a cui i membri sono chiamati ad aderire, pena il rischio di incorrere nella disapprovazione sociale, ma anche in sanzioni giuridiche. L’etica professionale è più inerente a quanto le singole persone riconoscono come moralmente corretto in relazione alla propria professione: ha, dunque, a che fare col modo in cui gli individui declinano e applicano i propri valori personali all’agire nella sfera lavorativa. Esistono evidenti aree di sovrapposizione fra etica professionale e deontologia, ma le differenze che sussistono possono essere utili – insieme ad altri fattori che vedremo in dettaglio nelle pagine che seguono – nel comprendere il diverso modo in cui i/le professionisti/e che hanno collaborato ad *EtiCare* danno significato e interpretano uno specifico valore. Al tempo stesso, tenere conto delle differenze fra etica professionale e deontologia può contribuire ad illuminare i meccanismi che producono situazioni di dilemma, crisi o conflitto etico esperiti nella pratica professionale.

L’etica: una questione che mette tutti d’accordo?

La figura sottostante, sintetizza i valori e le aree valoriali che sono stati discussi all’interno dei GdA.

Ordine Nord gruppo A <ul style="list-style-type: none"> • Professionalità (competenze, essere coerenti col proprio ruolo, essere d'esempio, umanità, indipendenza/autonomia - riconoscimento, giusta distanza, lealtà vs se stessi) • Responsabilità - verso i colleghi, verso i pazienti e la cittadinanza più ampia (flessibilità, coerenza) • Empatia (consapevolezza dei propri limiti, fiducia) • Prendersi cura (relazione, umanità) 	Ordine Nord gruppo B <ul style="list-style-type: none"> • Rispetto – verso i pazienti, i colleghi e verso la propria professione (empatia/sentire/ascolto; condivisione, dignità, prassi/coerenza) • Passione (approfondimento/studio; professionalità/volontà di fare bene; motivazione) MAI Responsabilità come contraltare • Onestà – intellettuale, economica, verso se stessi, verso i pazienti (coerenza, trasparenza, correttezza, responsabilità, affidabilità, lealtà)
Ordine Centro gruppo A <ul style="list-style-type: none"> • Conoscenza – dei meccanismi dell'organizzazione, dei pazienti, dei familiari (professionalità; capacità di comunicazione) • Professionalità (flessibilità/coraggio; consapevolezza dei propri limiti e di quelli della propria organizzazione/criterio della proporzionalità, studio/aggiornamento) • Condivisione/collaborazione - tra colleghi e col paziente (empatia; consapevolezza dei limiti; comprensione; confronto; ascolto) • Fiducia - verso il paziente e l'équipe (affidabilità) • Osservazione di sé/riflessività 	Ordine Centro gruppo B <ul style="list-style-type: none"> • Collaborazione (condivisione; rispetto dei ruoli; partecipazione) • Onestà/integrità – verso i pazienti, verso i colleghi (lealtà; empatia; professionalità; rispetto dei confini/ruoli; coraggio) • Rispetto – verso i colleghi/e e i pazienti (riconoscimento; verso la propria mission/integrità, educazione.) • Amore per la professione (empatia; integrità professionale; studio/aggiornamento; motivazione)
Ordine Sud - gruppo A <ul style="list-style-type: none"> • Poter operare nelle giuste condizioni • Creatività e capacità di <i>problem solving</i> • Empatia • Morale (equità/giustizia, equa accessibilità ai servizi da parte di tutti i cittadini/e) • Riconoscimento – da parte dei pazienti e da parte dei colleghi/e e altri professionisti 	Ordine Sud - gruppo B <p style="text-align: right;">Ordine Sud- gruppo B</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riconoscimento – da parte dei pazienti e dei colleghi/e (professionalità) • Sincerità – verso i pazienti (trasparenza; onestà intellettuale) • Affidabilità (fiducia; relazione; professionalità; empatia) • Umiltà (riconoscimento) • Lealtà – verso i colleghi e professionisti della stessa categoria (onestà; professionalità)

Fig. 8 Rielaborazione dei valori discussi nei GdA

Come si può evincere, la riflessione su un singolo valore da parte dei diversi interlocutori/trici e il modo di ancorarlo alla pratica professionale facendo specifici esempi ha attivato connessioni con altri valori liminali: nel discutere di empatia, ad esempio, sono stati evocati la fiducia e il rispetto; nel riflettere sulla professionalità, sono stati richiamati la competenza/conoscenza, la lealtà, l'autonomia, ma anche il coraggio e il riconoscimento.

Per i partecipanti che lavorano nell'Area della Riabilitazione, alcuni valori come onestà, rispetto, empatia o affidabilità sono stati di primo acchito declinati in relazione ai pazienti e alle loro famiglie, anche se non sono mancate riflessioni – soprattutto per quanti lavorano in équipe multi-professionali – riferimenti ai colleghi/e e al *team*. La professionalità e la questione del riconoscimento – che, come vedremo nei paragrafi successivi, è stata discussa più o meno direttamente in tutti i gruppi – sono state più spesso evocate in relazione alle competenze da parte di professionisti (come igienisti dentali, dietisti o podologi) che – più di altri – vivono quotidianamente la competizione con figure che non hanno i titoli per erogare determinate prestazioni e le cui pratiche sono state, in alcuni casi estremi, avvicinate all'abuso di professione (cfr anche Indagine sull'integrità professionale).

Per altri partecipanti – anche in ragione del maggior rischio di *burnout* a cui il lavoro con soggetti particolarmente fragili (come disabili, pazienti psichiatrici o terminali) li espone – alcuni valori come l'empatia e la responsabilità sono profondamente valorizzati, ma – soprattutto per gli interlocutori/trici con più lunga esperienza – rappresentano principi di cui viene evidenziato anche il risvolto negativo o valori che necessitano di essere bilanciati con altri, proprio per riuscire a rimanere “professionali”.

[...] però dico che la condivisione e l'empatia sono dei valori rischiosi. Nel senso che la... mettersi tra me e l'altro... io una delle parole che ho scritto sono "altri", cioè quindi decentrarmi, entrare nella relazione è un lavoro molto complesso, molto difficile perché può portare alla totale identificazione col soggetto, cioè col paziente e questo non è... è rischioso, non è corretto. È proprio quella giusta via di mezzo che fa sì di cogliere le istanze, di cogliere il perché, il cogliere il dolore, il cogliere tutti questi aspetti della personalità e del... e del problema che in quel momento devi risolvere, ma appunto può portarti a una situazione di metterti totalmente dall'altra parte e quindi perdere il tuo focus, che è quello appunto, invece, professionale. (Logopedista, donna, 55-64 anni, Centro)

Se alcuni valori presentavano per gli operatori/trici significati simili, ma – come abbiamo visto – stratificati in base alla specifica professione svolta, un evento come la pandemia ha costituito per certi interlocutori/trici un'occasione per rivestire di nuovi significati un valore che, fino a quel momento, era stato declinato solo in relazione a specifici soggetti o a determinati aspetti del proprio lavoro; o, ancora, ha rappresentato un momento che ha sfidato alcune convinzioni che si ritenevano consolidate relativamente ad alcuni valori.

Ecco, io da quando è iniziata la pandemia, continuo a fare pensieri di questo tipo, nella vita quotidiana, con i miei figli, continuo ad avere sempre questo pensiero che mi parte dalla mattina e mi accompagna per tutta la giornata, come dire: 'Mi sto comportando in maniera tale da mettere in sicurezza le altre persone e, in particolare, i pazienti verso i quali io ho una responsabilità diretta in termini professionali? Sto utilizzando bene i DPI [...]? Lo dico perché [prima per] noi educatori professionali [...] non [era] così scontato avere così tanta cura e attenzione al gesto specifico, al fatto che controllo o meno che tu abbia la mascherina indossata correttamente, che tu abbia fatto l'igiene delle mani oppure no [...]. Ecco, questa proprio è la quotidianità che è diventata... quando parlo di responsabilità è perché questa cosa per me non c'era prima della pandemia, e invece è diventata il mio mantra quotidiano, nella mia attività lavorativa, con i pazienti... (Educatrice professionale, 55-64 anni, Nord)

[discutendo del rispetto] a volte è anche un esercizio difficile soprattutto in questo momento, magari sembrerà banale – perché l'argomento è sempre quello – in cui in questo periodo io sento questo, diciamo, dovere e anche... senso di giustizia nel fatto che tutti noi operatori siamo vaccinati e dobbiamo occuparci anche di persone che non sono vaccinate, quindi il rispetto passa anche da quello, insomma. Il fatto che dobbiamo occuparci anche di persone delle quali magari non condividiamo appieno le idee e questo ci mette a dura prova (Fisioterapista, 55-64 anni, Nord)

Al di là delle differenti declinazioni che operatori/tri che lavorano in ambiti differenti hanno proposto dello stesso valore, dai GdA è emerso soprattutto come l'etica professionale sia solo apparentemente una questione che mette (necessariamente) tutti d'accordo. O meglio: quando si rovescia la prospettiva e si passa dalla riflessione sull'etica come cornice di riferimento per l'agire quotidiano a quella sull'etica nelle effettive prassi emergono differenze nei punti di vista che

sembrano, almeno in parte, scalfire una rappresentazione pacificata e monolitica dei valori. Certamente, come si evince dagli estratti dai GdA che aprono questo capitolo, l'etica è trasversalmente riconosciuta come qualcosa di propriamente umano che, per chi opera nel campo della cura e della salute, a maggior ragione viene vissuto quale disposizione in qualche modo intrinseca alla pratica professionale. Quasi naturalizzando (con riferimenti al DNA e alla natura) ciò che è, al contrario, squisitamente culturale – e cioè appreso dagli esseri umani in quanto membri di uno specifico gruppo al fine di orientarsi e muoversi nell'ambiente fisico e sociale in cui vivono – alcuni partecipanti hanno voluto esplicitare quanto non esista essere umano che non agisca a partire da una cornice valoriale di riferimento e quanto l'etica costituisca il minimo comune denominatore fra operatori/trici che operano in ambiti diversi della sanità. Come ha sintetizzato questa interlocutrice:

dobbiamo conoscerci e anche approfondire quelli che possono essere anche i campi comuni, forse il campo valoriale, credo che sia il campo più... insieme al campo etico quello più condivisibile, forse... (Logopedista, donna, 45-54 anni, Nord)

Coerentemente con quanto emerge dalla letteratura (cfr Sunderland *et al.* 2015), il lavoro nel campo sanitario è stato, dunque, trasversalmente riconosciuto dai/le professionisti che hanno partecipato ad *EtiCare* quale “pratica intrinsecamente morale” in quanto la finalità che persegue è orientata al raggiungimento di un risultato (nello specifico, promuovere la salute attraverso la cura) giudicato buono e positivo in se stesso. Lo spaesamento e la resistenza di alcuni interlocutori/trici di fronte alla richiesta di attribuire un punteggio basato sul sentire del “qui ed ora” agli specifici valori e sfere valoriali che progressivamente venivano condivisi all'interno del gruppo rivela, del resto, quanto alcuni professionisti diano per scontato – almeno di primo acchito e sul piano ideologico – il fatto che alcuni valori siano sempre, a prescindere dalle situazioni, prioritari.

[*parlando di professionalità*] è un po' difficile non dire 3. Quale potrebbe essere la ragione per non dire 3? Stavo facendo proprio questo ragionamento, cioè, a che titolo non dire 3? Siamo qui, in questo consesso, perché mai [*ride*], da che parte ci potrebbe venire di non dire 3 in questo momento? Poi, non so, sono aperta anche ad altre opinioni, però dico 3! (Educatrice professionale, 55-64 anni, Nord)

Ma c'è qualcuno che non mette “rispetto” nei primi posti, quindi... boh?! [...] Per me è 3, in questo momento, anche prima e sarà domani, è 3. (Podologo, 35-44 anni, Nord)

Eppure, andando più in profondità e riflettendo sulle molteplici situazioni che possono essere esperite nella vita quotidiana, questa rappresentazione dell'etica come insieme di valori “indipendentemente validi per agire in ogni situazione” entra un po' in crisi.

Riconoscendo, ad esempio, anche a chi assume atteggiamenti che vengono giudicati moralmente discutibili un agire mosso da valori che possono essere non condivisi o da valori che – pur essendo condivisi (come ad esempio l'equità e la giustizia) – possono essere invocati per perseguire finalità reputate inopportune o inaccettabili (come ad esempio rifiutare il vaccino), è possibile intravedere

quelle sfumature e zone d'ombra che un'idea di etica professionale costruita a partire dalla polarizzazione “bianco” vs “nero”, “giusto” vs “sbagliato” tende ad appiattare:

L'etica può essere sia positiva che negativa. [...] Ci sono persone che adottano un'etica negativa e per loro è quella la loro etica. [Ad esempio] una persona che... dal punto di vista della società può agire negativamente, però non è priva di etica: ha una sua etica che può essere vista negativamente, cioè che nella visione [generale] è vista [come] negativa (Tecnico sanitario di radiologia medica, uomo, 25-34 anni, Nord)

Nel riconoscere quelle che potremmo definire come “zone grigie”, si intravedono inoltre i prodromi di situazioni potenzialmente problematiche che interrogano operatori e operatrici sotto il profilo etico e morale. Seguendo le sollecitazioni che offre lo stralcio sopra-riportato, cosa accade quando il rispetto per il paziente o per il collega – trasversalmente riconosciuto nel corso dei GdA come il fondamento stesso della relazione – viene messo in crisi dal fatto che il loro rifiuto del vaccino può minacciare la possibilità del/la professionista di perseguire la propria finalità (promuovere la salute) e di preservare la propria integrità (ad esempio, di agire responsabilmente)? Uscendo dallo specifico esempio presentato nelle righe precedenti, cosa accade nel momento in cui il professionista si trova di fronte a situazioni “moralmente complesse” che gli impongono di scegliere fra due valori ritenuti ugualmente importanti? O, ancora, cosa avviene quando i mandati dell'organizzazione per cui si lavora sono coerenti con la deontologia, ma entrano in conflitto con l'etica professionale?

Si fa presto a dire “etica”. La sofferenza morale nelle professioni sanitarie: costrizioni, conflitti e dilemmi etici

Come anticipato, identificando nella promozione della salute un obiettivo intrinsecamente buono e positivo, la maggior parte dei professionisti e delle professioniste sanitarie incontrate nel corso di *EtiCare* tende a percepire il proprio lavoro quale “pratica morale”. Della propria professione, gli interlocutori/trici hanno valorizzato elementi molteplici: dall'interesse per lo studio di uno specifico ambito o di una specifica tecnica, alla dimensione della relazione con i pazienti o altri professionisti; dalla possibilità di continuare ad imparare, alla soddisfazione che porta il poter fare un lavoro che si è scelto e che si sceglierebbe ancora, a distanza di vari anni. La dimensione di utilità sociale del proprio lavoro – e quindi la consapevolezza di svolgere, in qualche modo, anche un ruolo di “agente morale all'interno della società (cfr Sunderland *et al.* 2015) – rappresenta, tuttavia, un elemento molto importante di identificazione con la propria professione e tale elemento è stato più volte portato all'attenzione nel corso dei GdA. È stato interessante osservare come, all'interno di un gruppo, l'importanza per questa dimensione sia stata articolata facendo riferimento alla passione per il proprio lavoro, valore a sua volta ri-connesso – in una sorta di circolarità – all'etica professionale:

Cioè, mi capita spesso... un po' troppo spesso di [vedere] persone che non rispettano la propria professione, cioè che la fanno più che altro per un banale ritorno economico, senza metterci passione. Ecco un'altra parola che io – se fosse stata posta a me la domanda – avrei messo come termine molto importante... “passione”, ci metterei un valore di 3, cioè proprio per

me viaggiano di pari passo, dal mio punto di vista. [...] Contestualizzato nel mio lavoro significa avere ben chiaro, avere una visione ampia di tutto ciò che è il mio lavoro, cioè non solo quello che fa parte delle mie mansioni, ma anche di tutto ciò che porta da quella determinata azione, perché la faccio, qual è lo scopo, avere una visione ampia di tutto. E dal punto di vista etico... secondo me la passione... influenza molto l'etica, cioè l'etica e la sua accezione per una persona: uno che è appassionato... rende la persona ancora più attiva, più determinata nella sua etica. Cioè [*la passione*] è una sorta di carburante [...] (Tecnico sanitario di radiologia medica, uomo, 25-34 anni, Nord)

[...] un altro è la passione... io amo molto studiare, ho sempre avuto passione proprio per lo studio e quindi questa passione la trasformo nell'aspetto etico perché cerco sempre di aggiornarmi, di essere a conoscenza, diciamo, delle cose migliori che posso passare ai miei pazienti, proprio anche in una forma... di correttezza, ecco [...] fa proprio parte della nostra etica di dare al paziente quello che noi chiamiamo "le migliori evidenze scientifiche", insomma (Fisioterapista, donna, 55-64 anni, Nord)

Per altri professionisti – che hanno confessato come in virtù di una lunga esperienza professionale «gli ardori» si siano nel tempo un po' «affievoliti» – la consapevolezza dell'importanza sociale della propria professione rimane comunque una componente essenziale e laddove la passione rischia di venire meno (per la *routine* o per vicissitudini legate alle singole traiettorie personali), il senso di responsabilità è ciò che sopperisce in termini motivazionali.

Tuttavia spesso le organizzazioni... i momenti della vita non sempre mantengono questa asticella della passione con l'equilibrio che dovrebbe avere, [...] Tuttavia, non per questo io – come dire – valuto che il mio operato sia di meno, sottostimato o qualitativamente inferiore perché poi quello che mi fa scudo è la responsabilità che, comunque sia, per me è imprescindibile da qualsiasi altro valore. (Assistente sanitaria, 35-44 anni, Nord)

La questione della motivazione – che venga articolata attraverso il lessico della passione o quello della responsabilità/professionalità – rivela quanto nella definizione della propria identità professionale sia rilevante l'idea di lavorare in un ambito – quello della cura e della promozione della salute – intrinsecamente etico per la finalità che persegue. Il percepirsi come "agenti morali" rappresenta, tuttavia, un elemento che espone maggiormente i professionisti sanitari – così come i medici e gli infermieri – a situazioni di disagio e malessere sotto il profilo etico.

Dalla testimonianza sopra riportata emerge tra le righe come nella quotidianità possa, infatti, prodursi una dissonanza tra ciò che gli operatori/trici vorrebbero fare – coerentemente con quella che ritengono essere la loro *mission* – e ciò che di fatto possono fare. È, dunque, nello scollamento fra aspettative nutrite da ideali sulla professione e orientati a dispensare la migliore cura/prestazione da un lato e realtà lavorativa dall'altro che si produce quello che in letteratura è definito come *moral distress* (Guzys *et al.* 2020). Traducibile in italiano con il termine di "sofferenza morale"⁹, questo

⁹ Il termine inglese "moral distress" – a cui più recentemente in letteratura è stato affiancato quello di "moral suffering" – è tendenzialmente utilizzato anche in Italia. Chi scrive ritiene, tuttavia, che la dizione italiana "sofferenza morale" sia

concetto è diventato un tema che – a partire dagli anni Ottanta (cfr Jameton 1984) – è diventato oggetto di numerose ricerche che hanno tradizionalmente coinvolto infermieri e medici, più recentemente veterinari, più raramente i/le professionisti sanitari.

Esistono numerose definizioni di *moral distress*, tuttavia – in linea generale – questo concetto indica la condizione di sofferenza provata dagli/le operatori/trici sanitari ogni qualvolta essi percepiscano l'impossibilità o l'incapacità di agire nella sfera lavorativa compatibilmente coi propri valori. La sofferenza morale rappresenta, in sostanza, una risposta a quella che i soggetti percepiscono come una minaccia alla propria integrità professionale e si manifesta principalmente in sensazioni di rabbia, paura, angoscia, ansia, titubanza, rammarico, frustrazione, senso di impotenza, di marginalizzazione, di ingiustizia o di colpa. Questa condizione si riverbera non solo sul benessere psico-fisico del/la professionista, ma anche sulla qualità della cura del paziente, sulla pratica professionale e sul sistema sanitario nel suo complesso: esperienze ripetute e prolungate di sofferenza morale portano, infatti, operatori ed operatrici ad un progressivo distacco emotivo, sentimenti di disillusione, demoralizzazione e cinismo che contribuiscono a processi quali l'aumento della conflittualità nelle relazioni (inter e intra professionali, così come le relazioni con i pazienti), fenomeni di *burnout*, elevati livelli di *turnover* nello staff (Sunderland et. al 2015; Rushton 2016; Morley et al. 2020).

A definire questa specifica tipologia di sofferenza non sono tanto i sentimenti, le sensazioni e le emozioni provate dai professionisti/e, quanto le situazioni (o la combinazione di situazioni) – in letteratura definite come “eventi morali” (cfr Morley et al. 2020) – che, funzionando da catalizzatori, le scatenano: circostanze di costrizione e tensione morale, così come dilemmi o conflitti etici sono, infatti, alla base di quelle crisi etiche che operatori/trici vivono quotidianamente sulla propria pelle. Le testimonianze raccolte nell'ambito del progetto permettono da un lato di delucidare – attraverso esperienze e casi concreti – quelli che potremmo definire i “fattori di innesco” trasversali della sofferenza morale; dall'altro, di osservare il ruolo che elementi come lo specifico settore lavorativo (pubblico o privato), l'area sanitaria in cui si opera (Tecnica, della Riabilitazione o della Prevenzione), il ruolo all'interno dell'équipe o all'interno dell'organizzazione, l'età e il genere giocano nel definire fattori di rischio specifici per i professionisti sanitari.

Tra gli “eventi morali” in grado di scatenare la sofferenza sul piano etico in modo trasversale alle professioni sanitarie, rientrano senza dubbio diverse situazioni di **costrizione morale**: si tratta di specifiche circostanze – perlopiù prodotte da vincoli organizzativo-istituzionali esterni (Jameton 1984; Morley et al. 2020) e sulle quali è possibile esercitare un controllo limitato e, talvolta, nullo – in cui il/la professionista percepisce un'impossibilità nel fare ciò che ritiene più giusto ed eticamente corretto. Un esempio di quello che potrebbe essere un vicolo organizzativo, ha portato una Logopedista di lunga esperienza che – nel lamentare quanto la dimensione della prevenzione sia progressivamente venuta meno nel servizio pubblico in cui opera – ha fatto riferimento a quanto, da un punto di vista professionale e umano, risulti frustrante non poter rispondere a tutti i bisogni che vengono intercettati quotidianamente. In modo ancor più sofferto, un'altra figura professionale che opera nell'area della Riabilitazione ha messo in evidenza quanto i vincoli organizzativi possano

preferibile in quanto rende maggiormente conto delle implicazioni che questa condizione produce sulla salute sia psicologica che fisica di chi la vive.

rappresentare non solo un limite, ma addirittura una fonte di dissonanza cognitiva rispetto a quelli che sono i propri obblighi professionali prima ancora che morali.

[...] sento molto forte la responsabilità nel mio campo professionale, questa cosa mi ha portata a combattere contro i mulini a vento [...] per me è un valore molto forte e alcune scelte aziendali, secondo me, non rientravano nei mie criteri di responsabilità verso i pazienti [...] Io ci ho pianto [...] ma... non ho potuto fare nient'altro.

Questa testimonianza, rivela come la sofferenza morale si sia prodotta nel momento in cui l'Azienda nella quale la persona aveva lavorato per anni ha scelto di escludere dalla possibilità di fruire del percorso riabilitativo i pazienti affetti da uno specifico disturbo. Questa decisione – percepita non solo come arbitraria e incoerente rispetto alla *mission* dell'organizzazione, ma anche come agli antipodi rispetto ad un valore ritenuto fondamentale come la responsabilità – ha provocato un senso di impotenza. La consapevolezza degli effetti di processi su cui non aveva alcun margine di manovra hanno portato chi ha condiviso questa testimonianza ad interrogarsi sulla propria integrità: il non intervenire era lecito dal punto di vista strettamente legale (di fatto era ciò che l'organizzazione richiedeva), tuttavia ciò non offriva alcun conforto alla sensazione di agire in un modo percepito come opposto a ciò che la responsabilità professionale – nei confronti del paziente e della sua famiglia – richiedeva.

I vincoli organizzativi delle strutture che operano nel pubblico o nel settore convenzionato emergono spesso – benché non solo – in relazione al tema della mancanza di risorse. I professionisti sentono, dunque, la frustrazione di dover gestire e farsi carico davanti al paziente della responsabilità di “razionare la cura” (cfr Armin 2019). Questo può accadere quando una struttura abdica all'erogazione di determinate terapie o interventi o quando non vengono effettuati investimenti sufficienti a garantire l'accesso della cittadinanza alle prestazioni sanitarie. Durante un GdA, ad esempio, un operatore dell'area Tecnica ha riportato come il mancato funzionamento di una tecnologia per la diagnostica e la temporanea sospensione dell'erogazione degli esami lo avesse messo in difficoltà non solo sul piano della gestione della situazione, ma anche sotto il profilo etico proprio in virtù del fatto che tale circostanza minava quello che – anche a causa degli effetti della pandemia – veniva percepito come un già difficile accesso alle prestazioni da parte dei pazienti. Questo episodio è stato discusso anche dagli altri partecipanti che lavorano sia in ambito pubblico che privato e che hanno evidenziato come la cronica mancanza di risorse in sanità sia ancora più acuta nel territorio in cui operano, ove spesso il “parco macchine” può essere vetusto e dove talvolta le condizioni per poter svolgere il proprio lavoro risultano particolarmente sfidanti:

[...] se non ci sono le condizioni per poter soddisfare il cliente [*sic*]... eh, mi pare che non ci sia né il rispetto, né nulla, non c'è nulla. (Logopedista, donna, 55-64 anni, Sud)

Sì, anch'io mi unisco alla collega, purtroppo senza le risorse necessarie, quindi il primo valore, non si può somministrare una buona medicina, non si può somministrare l'efficienza. Per cui senza risorse il lavoro non è efficiente nel dare le risposte necessarie (Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare, donna, 35-44 anni, Sud)

Ci sono costrizioni morali che si giocano ad un livello macro e che – più che con i vincoli istituzionali o organizzativi che si esperiscono ad un livello intermedio – hanno a che fare con quelle che potremmo definire come vere e proprie “perversioni di sistema”: esse non rappresentano eventi episodici, ma condizioni percepite dagli operatori/trici come strutturali e pervasive. Tali “storture” sono condannate nello spazio pubblico, eppure si riproducono nelle pratiche quotidiane sino a diventare uno *status quo* difficile da sfidare, anche in virtù di una cultura che, in qualche modo, le normalizza. Spesso, le perversioni di sistema si traducono in male pratiche e in fenomeni di illegalità – clientelismo/favoritismo, nepotismo, corruzione – che a loro volta producono quel tipo di sofferenza morale più difficile da gestire per i professionisti sanitari proprio per la sensazione di non aver alcuna possibilità di cambiarle. Dalla prospettiva degli operatori/trici, deontologia ed etica professionale rischiano, infatti, di diventare cornici valoriali svuotate di senso quando l’ambizione di farne una guida per l’azione si scontra con una realtà quotidiana difficile e fatta di contraddizioni (cfr Goodale 2016), producendo nel lungo termine cinismo e distacco emotivo. Dall’indagine esplorativa sull’integrità professionale realizzata nelle prime fasi di *EtiCare* è emersa in modo molto netto una richiesta di rafforzamento dei controlli per arginare i fenomeni di illegalità. Questa proposta può essere interpretata come un tentativo di ripristinare “dall’alto” la dimensione etica in contesti in cui l’infiltrazione di male pratiche erode terreno alla pratica professionale quale azione intrinsecamente morale.

Il clientelismo – e nello specifico lo sfruttamento di relazioni di amicizia o di parentela per ottenere più rapidamente una prestazione – è stato richiamato, in particolare, in alcuni GdA realizzati con l’Ordine del Sud. Al di là di una differente sensibilità territoriale rispetto al tema – più marcata, come anticipato, fra gli interlocutori che lavorano nel Sud Italia – tale pratica è, in realtà, diffusa in tutto il nostro paese ed è fonte di una sofferenza morale che – come emerge dalle testimonianze raccolte – si produce a due livelli. Da un lato, la richiesta di far passare avanti «l’amico dell’amico» viene vissuta come una vessazione in quanto impedisce di agire nel proprio lavoro nel modo che si ritiene eticamente più adeguato. Dall’altro, a un livello più intimo e che assume le caratteristiche del dilemma etico¹⁰, la cultura clientelare interroga i professionisti che, a prescindere dallo specifico contesto territoriale in cui operano, si chiedono – oltre a quanto essi contribuiscano ad esserne complici – in che misura essi stessi la riproducano nella propria quotidianità, vuoi perché quando ci si trova in situazione di bisogno appare come l’unica via per raggiungere il risultato auspicato (ottenere la prestazione o l’esame), vuoi perché quando sono coinvolti familiari o amici è inevitabile sentirsi più coinvolti. Il nocciolo di tale dilemma, emerso comunque tangenzialmente anche in altri gruppi – e quindi trasversalmente tanto ai contesti territoriali quanto alle diverse professioni sanitarie – è ben sintetizzato dalle testimonianze che seguono:

Però dobbiamo essere onesti e dire che viviamo comunque in una terra particolare, dove “l’amico dell’amico, dell’amico” fa un po’ comodo a tutti e sicuramente denunciare, sicuramente dire che le cose non stanno bene è il minimo indispensabile che si dovrebbe fare, ma spesso non viene... non viene fatto. E puntualmente, poi, quando c’è necessità o bisogno di ottenere qualcosa o di essere avvantaggiati su... su qualcuno, poi, ci scordiamo della... della morale e puntiamo dritti all’obiettivo. E su questo

¹⁰ Questo tipo di evento morale verrà approfondito in seguito.

bisognerebbe essere onesti e bisognerebbe iniziare a dirlo, perché altrimenti la situazione non sarebbe così com'è e molte cose, probabilmente, se ci fosse veramente una coscienza, una morale, un'etica diversa in tutti i settori, in modo trasversale, probabilmente la situazione sarebbe veramente diversa, ci sarebbe comunque un moto di protesta più ampio. Cosa che non c'è, non si verifica e di conseguenza vuol dire che qualcosa non funziona come dovrebbe funzionare, ecco. [...] Quindi... oltre che a denunciarlo, oltre che dire: "Sì, dobbiamo... dobbiamo modificare le cose, dobbiamo essere diversi, dobbiamo denunciare", cioè, insomma, dovremmo intanto lavorare anche su noi stessi, iniziare a trasmettere una cultura diversa a quelli che sono le nuove generazioni, i nostri figli, insomma... iniziare comunque a portare avanti una... un modo di pensare che così com'è non va bene. (Terapista della Neuro e Psicomotricità dell' Età Evolutiva, uomo, 25-34 anni)

[...] viviamo in una situazione, in un contesto dove purtroppo bisognerebbe cambiare un po' la mentalità... Perché c'è una mentalità talmente radicata nella nostra terra che... ci vuole coraggio a poterla cambiare e non lo so se per queste generazioni ci riusciremo, forse le generazioni future. (Logopedista, donna, 55-64 anni)

Altre forme di "perversione di sistema" che, seppure in misura diversa, sono state discusse e portate all'attenzione in particolare dai partecipanti dei GdA realizzati con gli Ordini del Centro e del Sud Italia sono quelle dell'attività extramuraria (le prestazioni svolte privatamente di cui i professionisti hanno esperienza diretta anche in qualità di pazienti) e dell'intramoenia. La riflessione su questi temi da parte degli interlocutori/trici matura – come anticipato – sia dall'esperienza professionale che da quella di privati cittadini/e che hanno fruito e fruiscono di prestazioni sanitarie come pazienti. Pur non rappresentando nulla di illegale, i professionisti sanitari hanno rilevato come – sotto il profilo etico-morale – possano crearsi situazioni di sperequazione, di «discrasia» che minano alle fondamenta due principi del lavoro in ambito sanitario: l'equità nell'accesso alla salute da parte delle cittadinanze e la qualità di trattamento per tutti e tutte. Rispetto a quest'ultima forma di disuguaglianza, la differente modalità di prendere in carico e gestire il paziente si gioca sia a livello di prestazione in senso stretto – con professionisti e medici che, secondo gli interlocutori/trici, «nel privato si comportano in un modo, nel pubblico in un altro» o con «esami che non erano fondamentali e che lo diventano»; sia a livello relazionale, quando cioè «un sorriso che non c'era, poi diventa un sorriso».

Per quanto riguarda più specificamente il principio dell'equità nell'accesso alle cure e alla salute – un valore discusso esplicitamente in un GdA, ma emerso indirettamente anche in altri gruppi – è stato evidenziato di come l'intramoenia non sia di per se un problema, ma lo possa diventare nella misura in cui crea una diversa qualità nei servizi erogati e, soprattutto, produce un sistema sanitario "a due velocità" in contesti descritti come cronicamente insufficienti e dove la pandemia ha ulteriormente esacerbato le disuguaglianze fra i cittadini.

Oltretutto volevo aggiungere un'altra cosa. Poi questo qua genera un'altra discrasia ancora ancora peggiore, cioè perché dove magari uno non può arrivare con il pubblico, se ha risorse a sufficienza, lo va a fare a pagamento. Però chi non se lo può permettere [...] magari non può andare a spendere... una risonanza è 500€ o 1000€, non lo può fare e quindi deve

aspettare che... l'accessibilità in ospedale. Però [*a livello generale*] nello stesso ospedale, la stessa struttura in *intramoenia* te la fanno magari la settimana successiva; invece prenotandolo ambulatorialmente ci vuole un anno. [...] Il brutto è quando poi queste situazioni si presentano con delle patologie un pochettino più... più opprimenti, tipo patologie oncologiche dove uno si deve operare, non trova posto in nessuna... in nessun post operatorio pubblico e deve per forza farlo privatamente, sborsando bei soldi. Questa diciamo che è una delle piaghe della sanità, l'accessibilità è una delle piaghe, cioè per quanto riguarda l'integrità in Sanità... (Tecnico Sanitario di Radiologia Medica, uomo, 55-64 anni)

Non c'è più posti, quindi l'unica cosa per farsi curare è andare a pagamento (Podologa, 45-54 anni)

Da una prospettiva diversa, la questione dell'*intramoenia* quale rischio di perversione di sistema che interroga i professionisti sanitari da una prospettiva etica, è stata sollevata da un professionista dell'area Tecnica in relazione all'emergere di una cultura che ha trasformato la salute in un prodotto da vendere – tanto nel settore privato, quanto in quello pubblico – prescindendo da ciò che effettivamente serve al paziente. Più che un problema di scarsità di risorse, secondo l'interlocutore, si tratterebbe di un problema in cui il senso stesso della cura e della terapia verrebbero stravolti, andando ad assumere quello di merce. Come chiarito dal professionista, infatti, non ci sarebbe esclusivamente un problema di accesso differenziato alle prestazioni sulla base della disponibilità economica del paziente, ma ci sarebbe anche un problema di erogazione errata: sfruttando l'idea che si è sedimentata nei pazienti che una visita abbia senso solo se viene fatto un esame diagnostico verrebbero erogate a pagamento prestazioni che non hanno alcuna utilità.

Come anticipato, pur essendo altro, i vincoli organizzativi condividono con le “perversioni di sistema” il fatto che esse vengono percepite dai professionisti come condizioni in qualche modo strutturali e sulle quali è molto difficile esercitare un controllo. Difficile non significa, tuttavia, impossibile. È, infatti, importante sottolineare come alcuni (non tutti) vincoli organizzativi possano risultare meno coercitivi in virtù del margine di manovra che i professionisti percepiscono di avere nella gestione di richieste, procedure, cambiamenti che non ritengono coerenti con la propria etica. Più che di costrizione morale, in tali casi, è più opportuno parlare di **conflitto morale** e, cioè di una situazione in cui – all'interno di un'équipe/relazione multiprofessionale o all'interno di una struttura gerarchica – il/la professionista si trova nella posizione di contestare eventuali scelte ritenute eticamente scorrette nonostante, spesso, si trovi in una posizione in cui non possa (per il ruolo rivestito all'interno del *team* o dell'organizzazione) avere l'ultima parola sulle decisioni da prendere.

Riflettendo su alcuni vincoli, è emerso come – a fronte di un posizionamento spesso percepito come svantaggiato – i professionisti sentano di poter quantomeno verbalizzare – talvolta mediando, talvolta “andando allo scontro” – ciò che viene vissuto come ingiusto. Come anticipato, sia le strutture che operano nel settore pubblico che quelle che operano nel privato, presentano agli/le operatori/trici dei vincoli che possono facilitare l'insorgere di sofferenza e stress morale. Se ci focalizziamo sulle seconde, emergono delle specificità legate – benché non in modo esclusivo – alla dimensione del profitto. Se, infatti, l'operare in un ambito in cui la dimensione del profitto ha una rilevanza significativa espone più frequentemente gli operatori/trici a pratiche di colleghi/e moralmente discutibili – come, ad esempio l'erogazione di prestazioni o supporti inutili (cfr anche i dati raccolti attraverso l'indagine esplorativa sull'integrità professionale) – è vero anche che l'attenzione per la

dimensione commerciale della professione può, in alcuni casi, diventare un vincolo organizzativo. Alcune delle igieniste dentali incontrate nei diversi GdA e che collaborano con studi privati che, legittimamente, si pongono anche obiettivi di profitto, hanno riportato, ad esempio, come fosse capitato loro di ricevere richieste percepite come divergenti rispetto a quello che ritenevano più corretto fare, sia dal punto di vista professionale che etico: tali richieste ed indicazioni sono state interpretate come in linea con la dimensione del *marketing* o del risparmio, meno con gli interessi del paziente. Per chi è più giovane e ha iniziato da poco a muovere i passi nella professione, andare allo scontro – arrivando a decidere di andarsene – può essere un’opzione solo quando richieste o procedure sono totalmente dissonanti non solo rispetto alla propria etica, ma anche rispetto alla stessa deontologia professionale e quando vengono percepite come coercitive. «Farsi conoscere» e legittimare le proprie scelte mediando con i mandati e i desiderata posti dall’organizzazione è, tuttavia, un’opzione preferibile e – ad avviso delle interlocutrici – tutto sommato praticabile. Ad esempio, a fronte di una richiesta di svolgere una prestazione in modo più veloce e – forse meno scrupoloso – un’interlocutrice ha mantenuto una posizione divergente rispetto a quella dei titolari dello studio; un’altra – forte anche della reputazione che comunque lo studio doveva mantenere – non ha ceduto all’invito a svolgere prestazioni ritenute non necessarie. In modo più diretto e deciso e che – forse – non ammetteva una “negoziante al ribasso” tanto di standard professionali quanto di valori ritenuti imprescindibili, un Tecnico (donna) che lavora in una struttura privata convenzionata col pubblico ha riportato come a fronte di una richiesta ritenuta eticamente irricevibile, si sia autorizzata a rivendicare un modo diverso di fare le cose, ribadendo quanto la «tendenza al risparmio» e un uso diversificato di specifiche tecnologie sulla base dell’età del paziente non fosse contemplabile da parte di un/a professionista. Chi ha riportato questa esperienza – così come le due igieniste dentali sopracitate – è riuscito a mantenere la propria integrità nonostante i mandati impliciti dell’organizzazione rischiasse di lederla; altre volte – come riportato da altri operatori/trici – il rimanere fedeli alla propria etica è più complicato, anche in ragione del rapporto di subordinazione nell’ambito del quale si lavora (soprattutto nel pubblico). In alcuni casi, la coerenza casi può essere pagata a caro prezzo, col rischio anche di subire *mobbing*:

Dopo [alcune] brutte esperienze, ho deciso di non lavorare mai più nel pubblico. (Professionista dell’ Area della Riabilitazione, donna, 35-44 anni)

Altre forme di conflitto morale si inscrivono in quelli che sono stati descritti come rapporti inter-professionali “difficili”, nello specifico nelle relazioni storicamente percepite come asimmetriche fra professionisti sanitari e medici ed infermieri. Questa questione è stata discussa in tutti i GdA a prescindere dall’area geografica e trasversalmente alle professioni sanitarie in relazione, in particolare, al tema riconoscimento: proposto come valore all’interno dei due GdA realizzati con l’Ordine del Sud, tale tema è emerso, in realtà, in tutti i gruppi: durante l’esercizio rompighiaccio, nell’esplorazione di altri valori – come la professionalità, il rispetto, l’umiltà – o nella presentazione di situazioni e casi critici sotto il profilo etico. Il tema del riconoscimento – o meglio della sua mancanza – è stato discusso in riferimento alla relazione coi pazienti e con la più ampia società, ma è soprattutto relativamente alla relazione con altri colleghi – medici e infermieri *in primis* – che emergono quei conflitti che producono sofferenza morale.

[...] diciamo questo voler prevaricare l'altro facendo vedere che si è di più, ma quando alla fine, cioè... basta portar rispetto per l'altra professione e si collabora tutti insieme per il bene del paziente, ognuno con la propria professionalità, ognuno col proprio ambito di studi, senza dover far vedere che chissà che cosa facciamo, ecco. [...] E a volte si vede anche nelle varie... nelle varie figure che si tende a prevaricare l'altro. Quindi in questo caso vedi il rispetto e poi rispetto anche... se mi posso permettere, se non vengo lapidata, ecco, anche tra le professioni mediche, cioè tra i medici rispetto a noi professionisti sanitari, a volte veniamo non rispettati per la nostra professionalità. [...] a volte si è riconosciuti, quando incontri quel medico che capisce che avere un buon sanitario a fianco ti aiuta parecchio e è una grande... diciamo si lavora bene. [...] io non sono un robot, io mi sono laureata, ho una testa, se sto qui lavorando è perché ho una certa professionalità. [...] Scusate, quando parlo di queste cose qui mi infervoro! (Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare, donna, 35-44 anni, Centro)

Io lavoro nel privato e vi posso garantire che è ancora molto molto più difficile avere un riconoscimento professionale perché per poter raggiungere quello che l'obiettivo finale, soprattutto quando la struttura è legata agli accreditamenti regionali, [...] sicuramente ti ritrovi con tantissime difficoltà e vi posso garantire che il riconoscimento viene messo un attimino da parte e quindi ti ritrovi a dover svolgere la [tua] professionalità ringraziando sempre altri valori [ride] che... quelli che magari non riesci a farne a meno perché fanno parte poi anche del tuo essere, della tua professionalità (Educatrice professionale, 45-54 anni, Sud)

Ho avuto, invece, un... non dico uno scontro, ma ho avuto una mancanza di rispetto della mia professionalità... [...] ho preparato una relazione completa [relativa al percorso di un paziente seguito] e l'ho inviata al collega medico [...] Il medico me l'ha rimandata al mittente chiedendo la valutazione e la visita [del medico dell'équipe]. La motilità dell'occhio, la binocularità... è una competenza dell'ortottista e [il collega medico], altro non ha fatto che sottolineare che effettivamente la relazione da me fatta era corretta e l'ha controfirmata. Però, devo dire che questa cosa effettivamente mi ha dato un po' fastidio perché oh, mi sono resa conto che se nell'ambito del mio reparto il mio ruolo è conosciuto, è stimato e apprezzato, uscendo da quelle che sono le... le specializzazioni, ecco c'è tutto da conquistare, c'è tutto da affermare, tutto da stabilire, insomma. (Ortottista e Assistente in Oftalmologia, donna, 55-64 anni, Nord)

[...] direi riconoscimento che spesso è uno di quegli elementi che nella nostra professione – soprattutto per noi che lavoriamo comunque in ambito privato – viene spesso... non tenuto in grandissima considerazione. (Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva, uomo, 25-34 anni, Sud)

La sofferenza morale – come emerge anche da questi stralci – si manifesta con sensazioni di rabbia, fastidio, frustrazione che derivano dal fatto che all'interno di relazioni asimmetriche la propria competenza, il proprio operato, la propria professionalità – e quindi le scelte relative al modo corretto di agire – vengono spesso disconosciuti, sminuiti, contestati.

Le testimonianze raccolte su questo tema sono innumerevoli, ma il caso riportato da un'interlocutrice dell'Area della Riabilitazione che, come altri professionisti sanitari è una figura che svolge il proprio

lavoro prevalentemente in équipe multi-professionali) può chiarire meglio il nesso fra misconoscimento e sofferenza morale e – al tempo stesso – delucidare quanto fattori quali l'età e il genere rappresentino fattori di maggiore esposizione al rischio di fare esperienza di conflitti morali che ingenerano frustrazione, rabbia e senso di impotenza. L'operatrice – una giovane donna – stava gestendo un caso piuttosto complesso; a fronte di un peggioramento repentino di un suo assistito ha deciso di allertare il servizio che lo aveva in carico, sollecitandoli a vederlo quanto prima; non ricevendo alcuna risposta, ha sollecito nuovamente il servizio fino a che, due giorni dopo, il paziente si è recato nella struttura. La professionista, a quel punto, è stata aggredita verbalmente dal medico di turno e dall'infermiera del servizio che, riferendosi alle precedenti comunicazioni, l'hanno, accusata di «non avere la professionalità per usare una determinata terminologia», minacciandola addirittura di denuncia.

La discussione che si è aperta all'interno del gruppo a partire dalla condivisione di questa esperienza è stata molto partecipata; i toni a tratti accesi e le espressioni colorite utilizzate da alcuni interlocutori/trici rilevano quanto ai partecipanti risuonassero alcuni elementi specifici della testimonianza dell'operatrice: la rivendicazione (arbitraria e inopportuna) dell'uso esclusivo di una specifica terminologia da parte di alcune figure professionali; l'atteggiamento vessatorio, a tratti violento (oltre che eticamente scorretto anche nei confronti del paziente) verso la professionista da parte del medico e dell'infermiera; la sensazione che il benessere del paziente diventi spesso secondario rispetto alla rivendicazione di interessi corporativi e supposte gerarchie. I professionisti/e che hanno avuto una più lunga carriera hanno condiviso come negli anni questa relazione percepita come “cadetta” rispetto a figure professionali che, anche a livello di società civile, sono conosciute e riconosciute da più tempo sia cambiata e stia ancora evolvendo. La possibilità di valorizzare il proprio contributo è qualcosa che l'esperienza del professionista, così come il sedimentarsi della professione nel panorama della promozione della salute rendono progressivamente più facile. In questo senso, operatori/trici la cui professione – sia a livello normativo, sia a livello di istituzione dei percorsi formativi volti al conseguimento del titolo – è stata codificata più recentemente si scontrano più frequentemente con il fenomeno del misconoscimento. Età della professione e del professionista sono, dunque, elementi che – come hanno riconosciuto gli stessi partecipanti ai GdA – possono favorire un atteggiamento sminuente nei confronti di operatori/trici da parte di medici e infermieri: e se la possibilità di lavorare in équipe multi-professionali nel tempo permette di superare barriere e diffidenze, la relazione al di fuori dello spazio del proprio *team* può – ancora oggi – essere vissuta come complicata e sfidante. Riprendendo le parole precedentemente riportate da un'ortottista con una lunga carriera, può accadere di trovarsi nella posizione di dover legittimare una professionalità che si dava per già riconosciuta: «c'è tutto da conquistare, c'è tutto da affermare». Se l'età si intreccia col genere, le possibilità che il misconoscimento sia espresso anche in modo irrispettoso ed avvilente, possono essere maggiori. Nel commentare il caso esposto dall'operatrice dell'Area della Riabilitazione, una Logopedista – restituendo in modo efficace anche l'impatto emotivo del perdurare di atteggiamenti misogini nell'ambiente di lavoro – ha così sintetizzato: «io credo che l'abbia fatto perché tu sei donna e perché sei giovane. E questo mi fa incazzare ancora di più...».

Costrizione e conflitto morale rappresentano “eventi morali” che minacciano l'integrità e l'etica dell'operatore dall'esterno. Come anticipato, esistono, anche altri “inneschi” della sofferenza morale nei/lle professionisti/e che, al contrario, scaturiscono a livello intimo e interno. Nel corso dei GdA, in particolare, sono emerse come fonti di sofferenza di operatori/trici le situazioni di **dilemma etico** o

dilemma morale: si tratta di circostanze in cui il/la professionista ritiene che le decisioni prese o le procedure/azioni implementate siano giuste, tuttavia ha la sensazione che avrebbe potuto agire anche in modo differente (Morley *et al.* 2020). Nel dilemma etico, ci si trova a dover scegliere fra due azioni parimenti ritenute eticamente orientate, ma che – nei fatti – si auto-escludono a vicenda (cfr Tessman 2015, 2017): se, ad esempio, si opta per insistere affinché il paziente superi le proprie resistenze e si convinca a sottoporsi ad una determinata procedura/terapia/esame, si sta agendo coerentemente col valore della responsabilità che impone di dispensare la migliore cura; tuttavia, si sta in qualche modo abdicando al valore del rispetto verso il paziente e al valore della professionalità che impone anche di saper comprendere il proprio limite. In buona sostanza, il professionista si trova nella posizione di dover scegliere a quale valore dare priorità fra due valori ritenuti ugualmente fondamentali. È opportuno precisare che, nella vita quotidiana, i professionisti si trovano spesso a dover scegliere tra valori senza che questo comporti necessariamente una ripercussione sul proprio benessere psicologico o senza che questo li faccia sentire particolarmente combattuti. Ciò che caratterizza il dilemma è, dunque, quello che può essere definito come “residuo morale”, ovvero il perdurare nel tempo della sensazione nell’operatore/trice di avere in qualche modo violato un valore/principio, nonostante la consapevolezza di aver preso una decisione “giusta” (Morley *et al.* 2020). Detto in una battuta: nel dilemma etico, il conflitto morale è ingaggiato con(tro) se stessi e ingenera un tipo di sofferenza morale che si esprime molto frequentemente nel senso di colpa e nella sensazione di rammarico.

Sebbene all’interno della cornice etica di riferimento di ciascuno di noi i valori si collochino all’interno di una ideale gerarchia che – almeno sul piano ideologico – stabilisce l’ordine di priorità di alcuni principi rispetto ad altri, alcune situazioni possono mettere in crisi quelle che vengono considerate come certezze non negoziabili. Non casualmente, uno dei casi raccolti che meglio illustra il conflitto interiore vissuto dagli operatori/trici in situazioni di dilemma etico si articola intorno al valore dell’onestà, da tutti i partecipanti al progetto *EtiCare* descritto – più o meno direttamente¹¹ – come un pilastro tanto dell’etica professionale quanto dell’etica *tout court*. Inizialmente, tutti i/le partecipanti di uno dei due GdA svolti con l’Ordine del Nord sembravano concordi nell’identificarla quale valore trasversale e bussola imprescindibile al di là delle professioni, del campo di intervento e delle circostanze. Declinata nei confronti del paziente, della professione e di se stessi e descritta in termini di “coerenza”, “trasparenza”, “correttezza”, “lealtà”, “affidabilità” o “responsabilità”, l’onestà è stata presentata quale conditio *sine qua non* del lavoro quotidiano. Di seguito, a titolo esemplificativo, si riportano alcuni passaggi della discussione.

Beh, anche l’onestà è una parola molto bella e molto importante perché è molto vera. Forse più del rispetto perché richiama assolutamente il comportamento leale e onesto... onestà è una parola grandiosa, richiama assolutamente rispetto. [...] essere onesti è poter dire, magari in maniera anche semplice, quale può essere la problematica rispetto ad una scelta alimentare piuttosto che l’altra ed essere messi nelle prospettive di rinunciare a certi comportamenti perché sarebbero – dal punto di vista scientifico – migliori altri – o dal punto di vista dietologico, medico o che si voglia dire – per avere dei risultati. Ed essere onesti è anche raccontare

¹¹ Solo in due GdA l’onestà è stata oggetto di una discussione approfondita, ma tutti e tutte la partecipanti hanno evocato questo valore riflettendo su altri principi.

che non è vero che ci vuole poco tempo per raggiungere questo livello perché con la nutrizione non è quasi mai così, ci vuole molto tempo e che quindi le aspettative debbano essere calibrate su molto tempo. Quindi il comportamento onesto è anche non dire: “Ma guardi che lei nel giro di un mese ha risolto il problema”, no, non esiste questa cosa, se no è un imbroglio. (Operatrice dell’ Area Tecnica, 65+ anni)

L’onestà è tutto, l’onestà in quello che si fa al di là del fatto che uno può avere un paziente, onestà nel proprio lavoro, ma io direi onestà intellettuale anche, che è fondamentale per fare bene il nostro lavoro. [...] l’onestà si riflette in qualsiasi ambito. (Tecnico sanitario di laboratorio biomedico, donna, 45-54 anni)

Ovviamente io lo guardo dal punto di vista della mia professione, no, dove sia la richiesta dell’utente che quello che potenzialmente possiamo dare all’utente sono entrambi elementi che hanno, come dire, una certa buona tolleranza sia in termini di potenzialità, sia in termini di difficoltà. E questo per quanto riguarda l’utenza. Ma poi in linea generale in tutti i rapporti istituzionali, l’onestà è un elemento fondante perché è quello che ci permette – dal mio punto di vista – di avere dei rapporti chiari che poi facilitano la possibilità di aprire un dialogo qualora emergano delle problematiche: nel senso che l’assenza di onestà mina – dal mio punto di vista – poi qualunque tipo di rapporto, sia da un punto di vista, appunto, professionale nei confronti dell’utente, ma anche nei confronti dei colleghi come del resto, in linea generale, dal mio punto di vista, di qualunque rapporto di vita. Quindi, assolutamente dal punto di vista dell’importanza, per quanto mi riguarda, il massimo del punteggio. (Tecnico della riabilitazione psichiatrica, uomo, 35-44 anni)

[...] la ritengo imprescindibile, è forse quello che è fondante rispetto a tutti, cioè quello che sta alla base. (Podologo, 35-44 anni)

Fino a quel momento la mancanza di onestà era stata descritta prevalentemente come un fenomeno che si osserva nelle pratiche di altri colleghi/e, che può caratterizzare dinamiche e procedure di una specifica organizzazione o che – come nel caso riportato da un Tecnico della Prevenzione nei luoghi di lavoro – può contraddistinguere il comportamento di alcuni utenti. In qualche modo, la rottura di un valore come l’onestà è stata ricondotta all’interno della cornice del conflitto e quindi ad una tipologia di catalizzatore “esterno” della sofferenza morale. È a questo punto, tuttavia, che è intervenuta una professionista che lavora nell’area della Riabilitazione e che, condividendo la propria esperienza e sottoponendo un dilemma al gruppo, ha consentito di avviare una riflessione sull’onestà – ma anche sull’etica in senso più ampio – un po’ meno pacificata e più articolata. L’interlocutrice – la cui sofferenza si manifestava in un senso di colpa che traspariva dall’uso di espressioni come «arrivo col capo cosperso di cenere», dai sorrisi nervosi che hanno accompagnato il suo racconto, dai «non lo so» che restituivano la titubanza e il dubbio – ha ammesso come nella sua attività lavorativa le fosse capitato di non essere sempre, pienamente onesta e come alcune situazioni richiedessero – almeno nella comunicazione iniziale – un atteggiamento «fumoso», fatto di omissioni e «giri di parole». Riportando un caso specifico, è emerso come in una determinata circostanza questa professionista abbia ritenuto necessario evitare, almeno inizialmente, una comunicazione eccessivamente diretta rispetto al possibile percorso riabilitativo di un proprio paziente. «Traslare il momento della verità» in un secondo momento, quando cioè il paziente e la sua famiglia sarebbero stati in grado di metabolizzare le informazioni e a rivedere più realisticamente le proprie aspettative,

è sembrata un'opzione preferibile al rischio di perdere la possibilità di lavorare *tout court* col paziente. Questa scelta è stata, dunque, presentata come necessaria al fine di «non dare il colpo di grazia», di non precipitare la famiglia in uno sconforto che avrebbe inciso negativamente nella relazione e – molto probabilmente – nella possibilità stessa di continuare a trattare il paziente

Forse [...] un'omissione fa meglio e, non lo so, intanto arriviamo e... cerchiamo di aiutare facendo il giro largo [...] Per cui, non lo so però... [*ride nervosamente*].

(Donna, 45-54 anni)

Immediatamente, gli altri partecipanti hanno colto quanto nelle intenzioni della professionista vi fosse la volontà di agire nel migliore interesse del paziente e della sua famiglia. Consapevoli di quanto nelle professioni dell'area della Riabilitazione conti il saper comprendere il contesto e le persone che si hanno davanti, gli interlocutori hanno valorizzato altri valori che nel lavoro riabilitativo sono estremamente importanti, come la speranza e l'empatia. Hanno, dunque, riconosciuto come sacrificare il valore dell'onestà scegliendo di “essere fumosi” possa talvolta essere più strategico per riuscire nell'intento di tenere “agganciato” un paziente all'interno del percorso; trattandosi nel caso specifico di un minore, tale intento diventa ancor più cogente.

[...] è stata onesta perché se non fosse stata onesta non avrebbe fatto questa valutazione, cioè quali tempi per raccontare una cosa terribile che onestamente – uso questa parola! – è estremamente complicato. È una sentenza. [...] Quindi secondo me è onestà anche... cioè, è agire onestamente – sapendo che non si sta dicendo la verità in quel momento – ma perché si sta facendo una valutazione dei tempi: quando glielo racconto? Quand'è il momento più opportuno? [...] il comportamento [*dire immediatamente la verità*] non lo classifico onestà/disonestà, ma freddo, cioè non vicino alla persona. (Operatrice dell'Area Tecnica, 65+ anni)

[...] in questa situazione specifica, come dire, onestà *tout court* fa a botte con un altro aspetto; per esempio un approccio... come dire, abbastanza attuale anche in ambito psichiatrico che sono gli interventi *recovery oriented* c'è un'indicazione, che è quella di non far perdere la speranza. E l'onestà intesa come *tranchant* “ti dico quello che con tutta probabilità succederà”...[...] Nell'esempio che faceva prima [*la collega*] a me, per esempio, sarebbe venuto da pensare quanto effettivamente [*quel genitore*] lì, in quel momento lì, vuole una risposta dura ma che la sollevi da un dubbio o una risposta morbida ma che comunque qualche dubbio a lui glielo fa rimanere? E in questo ragionamento è ovvio che il termine onestà assume una declinazione che è un po' diversa, no, che diventa una dimensione più dialettica, dove alla fine io sono onesto nella misura in cui – in qualche modo – ti dico quello che ritengo una verità, ma nella misura in cui tu lo vuoi sentire, così che diventi una verità anche per te. Perché un altro aspetto da tenere in considerazione è: qual è la reazione di [*un genitore*] di fronte al fatto che uno gli dica: “Guarda, non ci sono speranze”? [...] diventa poi sostanziale il modo in cui si dà questo tipo di comunicazione, senza cassare la speranza. (Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, uomo, 35-44 anni).

E quindi non si tratta solo di essere onesti o non essere onesti, ma di avere della altre qualità, delle altre capacità che ci fanno capire come relazionarci in una situazione di questo tipo. Credo anche – non so, magari è così – queste situazioni forse andrebbero affrontate in una équipe, cioè forse [*la collega*] si è trovata anche con un carico un po' troppo grosso per lei da portare. [...] hai sollevato una cosa che noi – che abbiamo a che fare con i pazienti – la sentiamo tanto, ecco, grazie! (Fisioterapista, donna, 55-64 anni)

Le ultime battute di questa interlocutrice evidenziano quanto alcune professioni sanitarie siano più esposte a vivere sulla propria pelle dilemmi etici di questo tipo in cui occorre sacrificare un valore per perseguirne altri e per rimanere allineati alla finalità ultima di promuovere la salute nel migliore interesse dei pazienti. Tali dilemmi possono risolversi in scelte ad un primo sguardo “poco trasparenti”, “non del tutto oneste”, ma – paradossalmente – più etiche dal punto di vista professionale. Solo due professionisti dell'area Tecnica – un Tecnico di laboratorio (donna) e un Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro (uomo) – hanno espresso disagio rispetto alle riflessioni maturate all'interno del gruppo. Non avendo una relazione diretta coi pazienti/utenti, hanno forse incontrato qualche difficoltà ad identificarsi con la professionista che ha condiviso il proprio dilemma e hanno, piuttosto, ragionato sul caso mettendosi nei panni della famiglia.

La condivisione del caso ha rotto una sorta di muro invisibile e sollecitato il gruppo a ripensare all'onestà da una prospettiva molto concreta che – tenendo in considerazione la complessità e le diverse sfaccettature che caratterizzano le specifiche situazioni che quotidianamente si affrontano – ha favorito una lettura meno polarizzata fra “giusto” e “sbagliato”, aprendo a posizioni meno assolutiste e più posizionate anche sull'etica in senso ampio.

[...] mi fa piacere quello che ha detto la collega che ha rotto il ghiaccio [...] questa onestà è un po' il dilemma dei dilemmi perché se quello che vorrebbe l'integrità morale è essere trasparenti sempre, al 100%... ci si rende conto, lungo la carriera, che questa integrità morale non sempre può essere identificata con... la trasparenza e con il dire sempre quello che andrebbe detto [...] E quindi ti trovi sempre a dover dibattere se vale la pena dire quello che vorresti dire e se quello che vorresti dire non aggiunge addirittura un danno, quanto è utile dire quello che tu sai e che... che è la verità e quindi che è l'onestà? Si apre anche lo scenario dell'onestà verso gli altri e verso se stessi, no? [...] nonostante che sia un valore... nonostante tutti noi, credo, abbiamo come idea che l'onestà sia un valore imprescindibile, no, degli uomini... talvolta si scontra con il sistema – che è il sistema sanitario, le leggi del sistema sanitario – che è... che appunto, prevedono anche degli accomodamenti. (Tecnico Sanitario di Radiologia Medica, uomo, 55-64 anni)

Le testimonianze raccolte nel corso di *EtiCare* restituiscono le sfide sotto il profilo etico che si presentano ai professionisti/e sanitari nella quotidianità: costrizioni e conflitti morali dall'esterno e dilemmi etici dall'interno rappresentano circostanze che ingenerano – in un modo che può variare a

seconda della specifica professione, settore lavorativo, età e genere degli operatori/trici – condizioni di sofferenza morale.

La figura sottostante – pur nella consapevolezza del fatto che nella vita quotidiana i confini fra i diversi “eventi morali” siano più confusi di quanto una rappresentazione grafica possa mai rendere conto – sintetizza quanto emerso nel corso dei GdA rispetto sia alle principali fonti di “stress etico”, sia all’impatto che esse producono sul benessere psicologico.

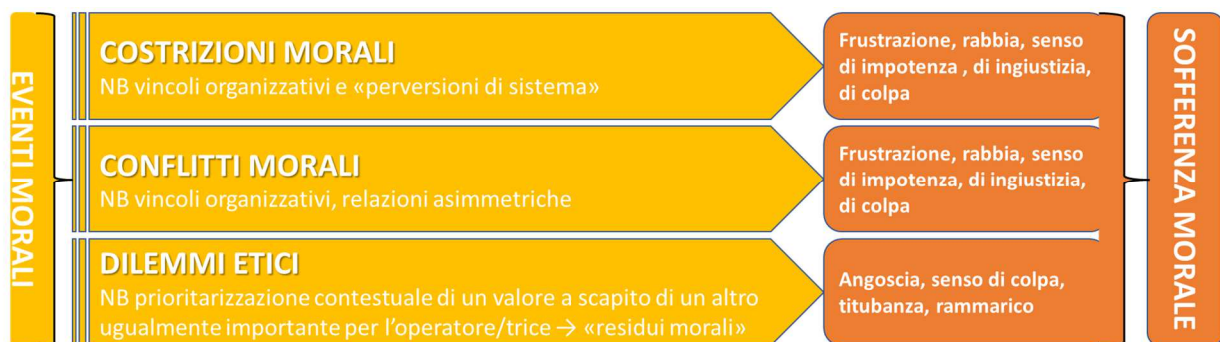


Fig. 9 Eventi morali e sofferenza morale

Oltre i limiti, le opportunità: risorse e buone pratiche per la resilienza morale

Vi auguro di avere il coraggio di restare soli e l'ardimento di restare insieme, sotto gli stessi ideali. Di poter essere disubbidienti ogni qual volta si ricevono ordini che umiliano la nostra coscienza. Di meritare che ci chiamino ribelli, come quelli che si rifiutano di dimenticare nei tempi delle amnesie obbligatorie.

Domenico Lucano, parafrasando Eduardo Galeano

Se osservate da una prospettiva rovesciata, le esperienze etiche complesse e di sofferenza morale possono rappresentare occasioni di crescita professionale e di *empowerment* in quanto consentono, se affrontate con strumenti appropriati, di aumentare o sviluppare la propria **resilienza morale**. Sono banchi di prova che costringono gli operatori/trici sanitari a un processo riflessivo volto a cercare modi e strategie per tradurre il proprio sistema di valori in azioni eticamente fondate *nonostante* le circostanze avverse. Se la resilienza, in generale, è quell'abilità che consente agli individui e ai gruppi di riprendersi in modo sano o di riadattarsi alla vita quotidiana a seguito di un'esperienza traumatica, la resilienza morale indica specificatamente la capacità – nel nostro caso del professionista sanitario – di mantenere o ripristinare la propria integrità in risposta a eventi morali di “stress etico” – coercizioni, conflitti morali e dilemmi etici, per citare quelli riportati dagli interlocutori/trici di *EtiCare* – minimizzando la propria sofferenza e cercando soluzioni che consentano loro di “rimanere a galla nonostante il mare in tempesta”. La resilienza morale non è un tratto innato, costituisce piuttosto una capacità che si conquista in modo processuale; non è acquisita una volta per tutte, ma va “coltivata” nel tempo e può avere una natura fluida e dinamica (Rushton 2016).

In questo paragrafo, vedremo come i professionisti sanitari costruiscono la propria resilienza morale e rispondano agli eventi stressanti che producono sofferenza. I GdA, infatti, hanno rappresentato per i/le partecipanti un'occasione non solo per condividere le sfide all'integrità e all'etica che differenti circostanze pongono nella quotidianità, ma anche per mettere in circolo punti di vista e letture alternative su casi specifici: in questo senso, sono stati un'opportunità per prendere coscienza di quanto la sofferenza morale – benché con sfumature diverse a seconda delle circostanze – rappresenti una condizione trasversale a tutti i/le professionisti/e.

Come abbiamo visto, le situazioni di dilemma etico accomunano, pur nella loro diversità e specificità, l'esperienza della maggior parte dei professionisti. Nel momento stesso in cui con umiltà e sincerità sono state condivise, altri ed altre partecipanti ai GdA hanno potuto riconoscersi e sentirsi, in qualche modo, meno soli. La “riflessione a più voci” ha consentito di comprendere quanto per rispondere a dilemmi e conflitti interiori possa rivelarsi strategico prendersi il tempo per analizzare tutte le sfaccettature che la situazione problematica presenta e per **trovare un compromesso eticamente giustificato** sulle proprie scelte, resistendo all'idea che esista un unico modo per essere coerenti con quelli che vengono percepiti come i propri obblighi morali o per preservare la propria integrità (cfr Rushton 2016). Nell'esempio riportato nel precedente paragrafo, la discussione sul dilemma etico sull'onestà ha permesso alla professionista che l'ha condiviso di prendere le distanze dalla situazione e – col supporto del gruppo – di analizzare la propria scelta prendendo consapevolezza di quanto rinunciare ad un valore ritenuto fondamentale (l'onestà) sia stato necessario per dare spazio a valori che, in quella specifica circostanza, permettono di agire più eticamente e più professionalmente. Il **gruppo** può, quindi, funzionare **come risorsa** per potenziare le capacità di rispondere a situazioni eticamente complesse in quanto favorisce due processi che potenziano la resilienza morale: comprendere cosa è realmente in gioco in una situazione eticamente complessa e l'**essere**, di conseguenza, **flessibili** (cfr Rushton 2016).

La domanda “Cosa avreste fatto al mio posto?” – che sottendeva più o meno esplicitamente la condivisione di situazioni vissute come particolarmente problematiche sotto il profilo etico – ha, più in generale, attivato un processo in cui pro-attivamente i/le partecipanti hanno proposto potenziali risorse, strategie, “tattiche” per affrontare tali problematiche. Indubbiamente, non sempre è stato possibile uscire dagli incontri con risposte univoche a situazioni complesse di sofferenza morale, soprattutto quando quest'ultima è prodotta da vincoli organizzativo-istituzionali o da quelle che abbiamo definito “perversioni di sistema”. In questi casi, l'azione del singolo individuo ha effettivamente poche *chance* di modificare radicalmente il contesto e potrebbe addirittura, come abbiamo visto, avere un impatto negativo sulla carriera del professionista (aumento della conflittualità intra-professionale, *mobbing*, licenziamento). Nonostante ciò, anche relativamente ad alcune situazioni che potremmo definire coercitive e strutturali, alcuni partecipanti hanno condiviso la propria esperienza e i loro tentativi di continuare a “navigare in acque eticamente tempestose”. Più che di strategie, si tratta di tattiche e, cioè, di azioni portate avanti dai singoli individui per aggirare vincoli o costrizioni. Le parole di un'interlocutrice che stava discutendo un valore (“moralità”) proposto all'interno del GdA da un'altra partecipante, chiariscono il significato di tattica: esse rendono evidente quanto, talvolta, «forzature» e piccoli *escamotage* creativi che nascono dalla flessibilità si rendano necessari per poter perseguire il fine di garantire un equo accesso alla cura a tutti i cittadini in contesti in cui le “perversioni di sistema” rischiano di trasformare i diritti di tutti e tutte in privilegi per pochi. Pur tenendo in considerazione il fatto che chi come lei opera in regime di

libera professione ha un margine di manovra maggiore rispetto a chi lavora nel settore pubblico – dove le gerarchie limitano il potere d’azione delle singole persone – l’operatrice¹² ha constatato come spesso «ci si dia troppi limiti»:

Moralità... Mi verrebbe da dire un 3, quasi un sinonimo dell’etica, no, se vogliamo? Ci dev’essere, ci deve essere, è indispensabile... è vero che delle volte – anche a fin di bene – magari quello che può essere l’onestà che però non va a ledere altri, insomma... delle volte a fin di bene magari la si mette da parte, si fa qualche piccolo “imbroglietto” per arrivare sempre comunque al bene comune, no, del paziente. Perciò moralità 2/3 [ride]. Dai, in senso positivo, cioè non fare illegalità, ecco, che è un’altra cosa. [...] Siamo corretti il più possibile e siamo integri il più possibile, però delle volte proprio perché... noi lo siamo, magari è il sistema che è fallato e lì devi fare una forzatura perché a monte e questo non viene modificato e non puoi aspettare i tempi della politica per il cambiamento, ecco, ma questo è un discorso... troppo ampio [ride]. [...] (Professionista dell’area della Riabilitazione, 35-44 anni, Sud)

La stessa interlocutrice ha evidenziato come a fronte di soprusi o ingiustizie sperimentate dai pazienti (come ad esempio l’essere spinti verso il ricorso a prestazioni intramurarie per ritardi inaccettabili nel ricevere una diagnosi, l’essere “rimbalzati” da un servizio all’altro o il non poter contare sul “favore” di nessuno), chi lavora in sanità abbia il dovere di offrire supporto ai propri assistiti. Coerentemente con l’idea che – in quanto promotori della salute – la professionalità degli operatori sanitari non si esaurisca in una *expertise* tecnico-scientifica e che il loro ruolo non si limiti ad erogare prestazioni/terapie/esami, questa interlocutrice rivendica la propria funzione di agente morale ed evidenzia come un buon professionista debba socializzare i pazienti, soprattutto quelli che non conoscono sufficientemente il sistema, a quelli che sono i loro diritti, accompagnandoli nel processo.

Dovremmo aiutare a denunciare forse, no? Perché, purtroppo, c’è molta omertà, c’è molto affiancare, c’è molto giustificare. Invece proprio parlare con i nostri pazienti, con i nostri familiari, con i nostri cari e proprio motivarli a trovare il cambiamento con la denuncia [...] Perché c’è tanta paura, tanta paura di fare valere i propri diritti, soprattutto lì dove manca la cultura [...] E lì va aiutato. Perciò agganciata a questo aspetto etico, ti dico sì, il nostro ruolo è quello anche di aiutare no? E affiancare... parlavamo di accessibilità ai servizi, la mano che possiamo dare noi è questa, aiutare il paziente a capire come può avere accesso a quel servizio che è un suo diritto e che come ha detto prima il collega non è un diritto comune e noi lo sappiamo perché lo viviamo ogni giorno, lo viviamo ogni giorno perché sappiamo che non è così... [...] dobbiamo dare il meglio di noi e andare oltre il sistema che non funziona, perché ricadiamo sempre in un luogo comune, non funziona niente. Ok, ormai lo sappiamo, non funziona niente soprattutto da noi, il niente del niente, però noi dobbiamo dare il massimo comunque.

¹² È opportuno sottolineare come la persona che ha condiviso questa testimonianza abbia riportato di essersi scontrata anche con le logiche del settore pubblico.

Da questa testimonianza emerge una **consapevolezza** da parte dell'operatrice **rispetto alla propria identità professionale, alla propria cornice valoriale** e a ciò che realmente conta – da un punto di vista morale – ai fini della propria professione. Ciò rappresenta un elemento di protezione di fronte alla sofferenza morale: sapere chi siamo, avere consapevolezza delle nostre finalità e dei valori (come quello della giustizia) che sottendono il nostro operato permette di rispondere alla domanda “Perché lo faccio?”, soprattutto in quei momenti in cui la risposta a tale domanda è complicata da situazioni che creano disagio, smarrimento, dissonanza cognitiva (Rushton 2016). Riprendendo la metafora marinaresca, la consapevolezza della propria identità rappresenta un'ancora che in caso di burrasca aumenta la resilienza morale.

Vi sono altri fattori protettivi che concorrono ad aumentare questa risorsa essenziale per affrontare le condizioni di stress etico: il primo è la capacità – che certamente si acquisisce con la pratica sul campo – di non farsi travolgere dalle emozioni negative, senza tuttavia eccedere in atteggiamenti di distacco (Rushton 2016). Prendendo a prestito le parole di un'interlocutrice:

[...] se noi [...] vogliamo trasformare le azioni di corruzione in una politica invece opportunistica, una politica di azione, allora dobbiamo essere imperturbabili di fronte a certe situazioni, a certe azioni. No? Se noi ci troviamo ad affrontare una situazione di corruzione ci dobbiamo sì far prendere dall'emozione, ma dobbiamo essere imperturbabili. (Logopedista, donna, 55-64 anni, Sud)

Il secondo, ha a che fare con la **capacità di “vedere l'altro”** e il suo orientamento etico, riconoscerlo come divergente rispetto al proprio e **capire “dove fermarsi”**. In caso di conflitto morale con un paziente, ad esempio, questa capacità protegge dall'esperienza della sofferenza morale, limitando la frustrazione che può derivare dal fatto che i propri assistiti non si affidino completamente o che facciano scelte per la propria salute non del tutto condivise dal professionista.

Quindi la responsabilità ha un valore importante, l'ho un attimo rivalutata nel tempo, nel senso... speravo di essere onnipotente, ma in realtà nessuno di noi lo è e nella professione questa cosa ha subito diversi adattamenti, perché nel tempo poi io ho provato a mutare la mia responsabilità, ma in realtà in alcuni ambiti non c'è molto margine. (Igienista dentale, donna, 35-44 anni, Nord)

A questo a me – scusatemi se la butto là provocatoriamente, ma forse anche no – mi si collega per alcune attività... il criterio della proporzionalità, cioè, in realtà io in base alla comprensione della situazione del paziente posso essere, posso attivare un agire proporzionato a quel paziente. Che non significa che quello che ho in mente sia giusto, perché io ho dovuto rivedere tantissime posizioni e ho dovuto iniziare a rispettare la volontà piena del paziente, anche se non collimava con la mia corazza professionale. [...] In realtà il mio limite non me lo dà io come professionista, ma me lo dà il paziente per la sua volontà di partecipare al percorso di cura, allora lì mi fermo, cioè mi fermo... con le dovute maniere, perché poi il paziente ha bisogno di un *counselling*. Mi fermo nel senso che rispetto quello che lui,

in qualche modo, vuole laddove lo posso fare, poi le variabili sono 7000...
(Fisioterapista, donna, 45-54 anni, Centro)

Il limite descritto dall'interlocutrice – da non confondere con l'eccesso di limiti che ci si auto-impone di cui parlava la partecipante ai GdA precedentemente menzionata¹³ – rimanda, con i suoi riferimenti alla proporzionalità, anche ad un altro elemento protettivo: la capacità di **comprendere** con lucidità **i confini di quella che è la effettiva responsabilità del professionista**, tenendo in considerazione – oltre ai *desiderata* dei pazienti – quei fattori di diversa natura sui quali operatori/trici hanno scarse possibilità di controllo, come il mutare del contesto organizzativo in cui si opera, della relazione con le famiglie dei pazienti o la capacità stessa di un servizio di prendere in carico pazienti che presentano quadri clinici estremamente complessi o che sono portatori di molteplici bisogni.

Mi ha fatto molto riflettere un confronto che ho avuto con un collega che ha deciso di lavorare in libera professione [...] “Io devo imparare – per mia tutela professionale – a capire quando un caso non ha abbastanza risorse per poter essere preso in carico, perché se no, come dire, l’onnipotenza che in me mi dice ‘io lo salvo, io ce la faccio, posso fare anche questa cosa qui’. E, invece, devo fare i conti con le limitatezze che sono del mondo, cioè che non stanno solo nel mio desiderio di poter aiutare gli altri, ma che devono stare nella realtà, realtà che è fatta di limiti, di confini che non possono essere superati – concedetemelo – a gratis, cioè che non basta solo la buona volontà per risolvere”. E questa riflessione di questo collega che si occupa, oltretutto, di salute mentale, per cui fa un lavoro similissimo a quello che faccio io... mi ha fatto molto riflettere proprio sugli aspetti di... efficacia del lavoro. (Educatrice professionale, 55-64 anni, Nord)

Tattiche ed *escamotage* rappresentano, in qualche modo, «pratiche di ‘straforo’» (il che non significa, ovviamente, illegali), che nascono dal «lavorio fatto negli interstizi dell’ufficialità» (Dei 2018, p. 31) e che, pur sfidando un sistema percepito come ingiusto, diseguale – «fallato», per riprendere le parole utilizzate da una nostra interlocutrice – non prevedono una contrapposizione frontale o una radicale messa in discussione dello *status quo*¹⁴. Con una battuta, infatti, potremmo dire che, a volte, “il meglio è nemico del bene” e che le pratiche interstiziali – che possono avere carattere episodico o più sistematico – rappresentano un compromesso necessario o, in alcuni casi, l’unica opzione per i professionisti sanitari che si ritrovano nella difficile posizione di trovare risposte biografiche a contraddizioni sistemiche (cfr Beck 1986). Rispetto alla questione del clientelismo, ad esempio, un’altra professionista – riconoscendo quanto sia difficile cambiare una mentalità radicata e sedimentata – ha descritto quanto lei sia riuscita a imporre delle regole che consentissero di operare coerentemente con un agire eticamente orientato.

¹³ La Fisioterapista qui citata ha, infatti, chiarito come la flessibilità nel rispondere ad eventuali carenze del sistema fosse per lei un valore molto importante, portando l’esempio di quanto l’emergenza pandemica abbia richiesto agli operatori/trici sanitari di andare oltre i propri limiti per riuscire ad aggirare i vincoli e a colmare i “buchi” di sistema.

¹⁴ Fra le azioni di “straforo”, potrebbero rientrare anche le pratiche di resistenza. Un esempio di tale tipologia di risposta è quello del professionista che – a fronte della prescrizione di un esame diagnostico ritenuto inutile (vedi paragrafo precedente) – anziché entrare in conflitto con il medico che l’ha prescritto, esprime col paziente le proprie perplessità.

Allora io... inizialmente quando sono arrivata [...] ho avuto questi problemi. Cioè, ho avuto tante richieste che non sapevo come gestire. Alla fine ho risolto... siccome io non ho rapporti di subordinazione con nessuno, mi autogestisco [...] ho gestito questo processo cercando di dare delle regole, delle regole ben precise che non ho... che non demordo. Ci sono *tot* numero di prenotazioni; un giorno della settimana faccio solo le valutazioni; gli altri giorni faccio solo i trattamenti e arrivano nel mio servizio per ordine di età. [...] per cui se non avessi organizzato io il mio lavoro, non sarei riuscita a lavorare in un certo modo perché la mentalità è vero che è quella, ma è anche vero che certi comportamenti li avvaloriamo noi. Quindi io sono convinta... è anche vero che il mio servizio è piccolo [...] quindi non posso metterla alle condizioni di radiologia o di altri servizi per cui è facilmente organizzabile il mio servizio. Però io ribadisco che le regole fanno da padrone, ci devono essere delle regole, altrimenti non si riesce a lavorare bene, altrimenti non si riescono ad ottenere degli obiettivi. (Logopedista, donna, 55-64 anni, Sud)

A fronte di richieste da parte dei colleghi che inizialmente non sapeva come gestire, la professionista ha cercato di dare un ordine “etico” ad una situazione che rischiava di creare smarrimento dal punto di vista morale: stabilendo regole chiare sulle condizioni a cui eventuali richieste potevano essere accolte (indicando quali e quante prestazioni, con quali tempistiche e con quale priorità – le avrebbe erogate) è riuscita ad arginare i rischi potenzialmente derivanti da istanze frutto di una mentalità clientelare, guadagnandosi la stima dei colleghi/e, che hanno le hanno riconosciuto nel tempo quanto questo modo di lavorare fosse efficiente. Questo tipo di risposta può essere letto come un tentativo di cambiare il sistema dall’interno, **ponendosi obiettivi realistici** e nella **consapevolezza del proprio limite**. L’efficacia dell’azione morale non è definita – o, almeno, non solo – dallo sforzo profuso dal professionista, ma dall’impatto che essa produce. In questo senso, è opportuno sottolineare quanto un “sì, ma...” possa essere più strategico ed efficace di un “no”. Diventa, tuttavia, essenziale la capacità del professionista di non confondere il compromesso necessario con la condiscendenza morale: è importante, cioè, mantenere la capacità di distinguere le situazioni complesse sotto il profilo etico che richiedono flessibilità e creatività, dalle situazioni amorali che richiederebbero, invece, il coraggio di una presa di posizione esplicita e netta per poter realmente operare in condizioni eticamente sostenibili (cfr Rushton 2016).

In quei casi di conflitto morale che prevedono per l’operatore/trice la possibilità – nonostante le difficoltà date dal lavorare in contesti gerarchici – di prendere posizione, **il sostegno della più ampia comunità professionale** può essere decisivo non solo nel determinare l’efficacia dell’azione, ma anche nell’evitare che il singolo individuo paghi il prezzo di farsi portavoce di un’istanza etica che è di natura collettiva. Nel caso specifico di quei conflitti – morali, ma non solo – che nascono dal mancato riconoscimento delle competenze, del ruolo e dello statuto del professionista sanitario tanto i sindacati quanto gli Albi e l’Ordine vengono riconosciuti come realtà in grado di proteggere e sostenere – a livello meso e macro – i professionisti sanitari.

[...] per fortuna diciamo con la Commissione d’Albo si è creato un... un ottimo rapporto, proprio quasi intimo direi, tra pochissimi colleghi dei quali io mi potrei... sono quasi certa che mi potrei fidare ciecamente. Cosa che non con altri succede e mi rammarica molto questa cosa perché

probabilmente è proprio perché come... come professioni sanitarie siamo... in [questa regione] siamo pochi professionisti sanitari, cioè della mia professione [...] – quindi ci conosciamo più o meno tutti, eppure nonostante questo c'è... si fa la guerra tra i poveri, io questo dico. [...] per quanto pochi siamo – potremmo fare veramente tanto, potremmo farci sentire davvero bene con i vari medici [...] potremmo collaborare davvero con tanti e, invece, non ci facciamo sentire come... come realtà perché ci facciamo la guerra tra poveri, c'è poco da fare [ride]. [...] E questa è una cosa che mi piacerebbe – ognuno nella propria professione sanitaria – che potesse avere questo rapporto con tutti i colleghi. Per far sì che la professione stessa possa essere ad un livello superiore, possiamo veramente essere Tecnici della Riabilitazione Sanitaria. Ma non solo una parola, non solo una sigla, ma veramente dovremmo essere... uniti per fare la differenza e per fare la forza. (Podologa, 45-54 anni, Sud)

[...] diciamo che da quando è nato l'Ordine parecchie professioni che prima erano proprio assenti, cioè assenti nel senso che... poco conosciute... stanno cominciando ad emergere. Stiamo cercando delle strategie per poterle far emergere anche a livello istituzionale perché noi abbiamo delle Regioni in cui nei piani sanitari regionali non vengono proprio contemplate alcune professioni e vengono sostituite proprio da altre che non ne hanno le competenze. (Tecnico Sanitario di Radiologia Medica, uomo, 55-64 anni, Sud)

Però dobbiamo dire che – almeno io della vecchia guardia – insomma, l'abbiamo... l'abbiamo vissuta un po' questa cosa. E la mancanza di un Albo, di un Ordine alle spalle sicuramente ha contribuito anche a questo, no? Adesso ci sentiamo molto più, diciamo, protetti e molto... cioè, qualcuno che ci può sostenere, insomma, in questa... in questa lotta. Io personalmente sono sempre stata molto... non mi sono fatta, diciamo, non ho subito ecco, però c'è stato, c'era un po' questa mancanza di rispetto a volte, per le professioni sanitarie. Però questo anche, comunque, tra professionisti, anche tra le professioni sanitarie stesse non c'è e non c'è non c'è stata tanta collaborazione. Il fatto adesso di, anche credo di... una cosa bella di questi incontri anche che abbiamo fatto è quello anche che ci ha permesso di conoscerci, no, tra le varie professioni sanitarie. Quindi questo è un... diciamo un valore aggiunto che far parte di un albo... di un Ordine ha contribuito, insomma, a far conoscere e a far dialogare le varie professioni sanitarie. Quindi ci sentiamo tutti più... più forti, insomma. (Operatrice dell'Area Tecnica, 65+ anni, Centro)

Però abbiamo una grande occasione, quella di lavorare e stare insieme, quindi i numeri vengono colmati da questo punto di vista [...] un'altra cosa su cui bisogna lavorare è esaminare quali sono veramente le caratteristiche della nostra professione che sono uniche e che non possono essere mistificate e non possono diventare appannaggio o terreno di conquista di altre professioni sanitarie. [...] Quindi, veramente le professioni sanitarie, la sanità, le cure... hanno un loro processo evolutivo, no? E noi siamo dentro questo processo evolutivo, sta a noi conquistarci quel pezzo di terreno che è nostro e farlo pesare agli altri, con le nostre competenze, con la professionalità, con il modo in cui ci poniamo verso il paziente [...] (Tecnico Sanitario di Radiologia Medica, uomo, 55-64 anni, Nord)

Nel caso condiviso dalla professionista in merito all'attacco da parte di un medico e di un'infermiera che le avevano contestato "il non avere le competenze" per parlare di specifiche problematiche psichiche, i partecipanti al GdA hanno in effetti sottolineato come l'Albo di riferimento sarebbe potuto intervenire, agendo da intermediario, con l'Albo dei Medici.

Più in generale, "salire sulle spalle del gigante" – facendosi forza del numero e delle competenze allargate della comunità inter-professionale – costituisce una strategia importante per affrontare le sfide etiche: innanzitutto Albi e Ordini sono una risorsa in termini di **conoscenza dei meccanismi e delle possibili procedure** – anche sotto il profilo giuridico – da attivare in caso di conflitto morale. Sono, inoltre, organi che tutelano le specificità delle diverse professioni sanitarie e che ne promuovono la visibilità non solo nel mondo della sanità, ma anche tra la cittadinanza. L'Ordine – così, come in senso più generale la Federazione – infine, può diventare un punto di riferimento e lo spazio in cui ciascun professionista può davvero sentirsi parte di una più ampia «**comunità morale**» che **accompagna e sostiene i propri membri** nelle situazioni eticamente complesse.

La resilienza morale costituisce una capacità essenziale per far fronte alla condizione di sofferenza che – nel suo essere diventata pervasiva e diffusa – costituisce un problema ormai strutturale del lavoro di cura e una minaccia per il sistema sanitario. Senza necessariamente nominarla con questa terminologia, è qualcosa che i professionisti sanitari coltivano e costruiscono quotidianamente a partire dalle sfide etiche che affrontano. Come abbiamo visto, la resilienza morale si rafforza con il sostegno e l'ampliamento di altre capacità individuali, ma anche grazie a risorse che sono di tipo collettivo (vedi figura sottostante).

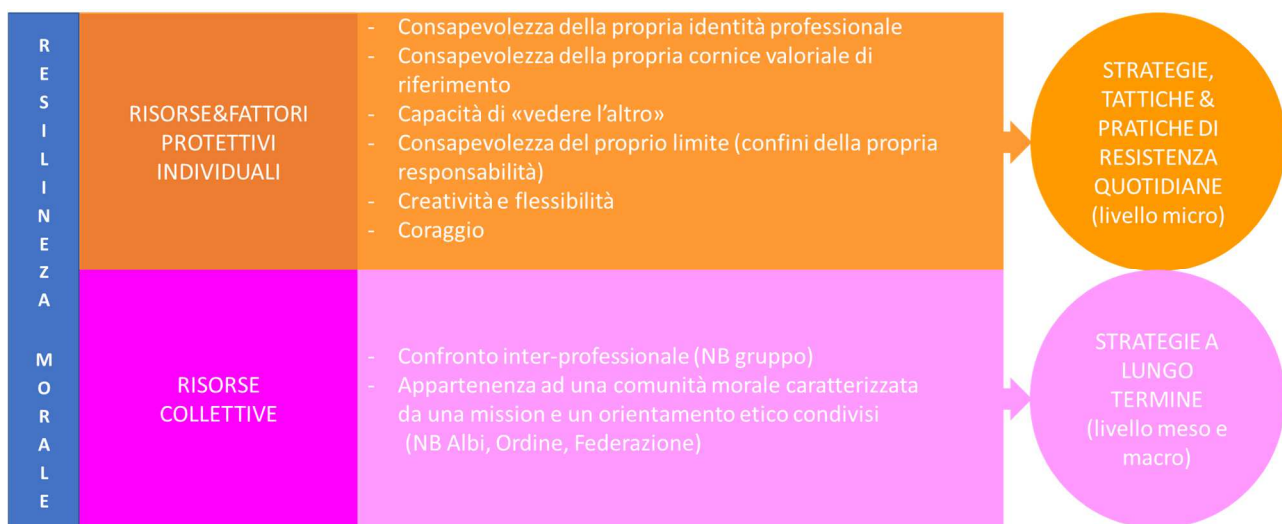


Fig. 10 Risorse e fattori protettivi che contribuiscono allo sviluppo della resilienza morale

La stessa condivisione di strategie e tattiche – attraverso cui è possibile identificare in filigrana quei fattori protettivi in grado di coltivare la resilienza morale – può rappresentare un primo passo per costruire una più allargata comunità di pratiche il cui collante sia costituito proprio dal campo etico.

Riferimenti bibliografici

- Appell G.N., 1978. *Ethical Dilemmas in Anthropological Inquiry: A Case Book*, New York: Crossroads Press.
- Armin J.S., 2019. “Administrative (in)Visibility of Patient Structural Vulnerability and the Hierarchy of Moral Distress among Health Care Staff”, in «Medical Anthropology Quarterly», 33 (2), pp, 191-206.
- Beck U., 1986. *La società del rischio*, Bologna: Il Mulino.
- Bove C., 2019. *Pensare con metodo e logica dell'indagine: la ricerca-azione per la formazione e l'azione nella scuola multiculturale*, in «Educazione Interculturale. Teorie, Ricerche, Pratiche», 17 (1), pp. 59-75.
- Dei F., 2018. “Cultura, scuola, educazione. A cosa serve un approccio antropologico?”, in F. Dei (a cura di), *Cultura, scuola, educazione: la prospettiva antropologica*, Pisa: Pacini, pp. 9-39.
- Goodale M., 2016. *Human values and moral exclusion*, in «Ethics&Global Politics», 9 (1), pp. 1-13.
- Guzys D., Tori K. and Mather C., 2021. “Moral distress in community health nursing practice”, in «Australian Journal of Primary Health», 27, pp. 350-353.
- Iphofen R., 2020. “An Introduction to Research Ethics and Scientific Integrity”, in R. Iphofen (ed.), *Handbook of Research Ethics and Scientific Integrity*, Cham: Springer, pp. 3-15.
- Jameton A., 1984. *Nursing practice: the ethical issues*, Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Morley G., Bradbury-Jones C. and Ives J., 2020. “What is ‘moral distress’ in nursing? A feminist empirical bioethics study”, in «Nursing Ethics», 27 (5), pp. 1297-1314.
- Reason P. and Bradbury H., 2001. “Introduction: Inquiry and participation in search of a world worthy of human aspiration”, in P. Reason, H. Bradbury (eds.), *Handbook of action research: Participative inquiry and practice*, London: Sage, pp. 1-14.
- Rushton C.H., 2016. “Moral resilience: a Capacity for Navigating Moral Distress in Critical Care”, in «Ethics in Critical Care», 27 (1), pp. 111-119.
- Semi, G. 2010. *L'osservazione partecipante. Una guida pratica*, Bologna: Il Mulino.
- Sunderland N., Harris P., Johnstone K., Del Fabbro L. and Kendall E., 2015. “Exploring health promotion practitioners’ experiences of moral distress in Canada and Australia”, in «Global Health Promotion», 22 (1), pp. 32-45.
- Tessman L., 2015. *Moral failure: on the impossible demands of morality*, Oxford: Oxford University Press.
- Tessman L., 2017. *When doing the right thing is impossible*, New York: Oxford University Press.