Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
Dipartimento scienze aziendali e sociali

SUPSI

"Uno scenario possibile …"

Studentessa
Marta Albertella

Corso di laurea
Lavoro Sociale

Opzione
Assistente Sociale

Tesi di Bachelor

Manno, settembre 2015
Immagine, www.pintarest.com

STUDENTSUPSI

Alla piccola Silan,
con l'augurio che un domani
possa vivere i suoi sogni e raggiungere traguardi importanti.

"Vai con fiducia nella direzione dei tuoi sogni.
Vivi la vita che hai immaginato."
Henry David Thoreau

STUDENTSUPSI

Ringrazio l'Istituto "La Motta", in particolare, Jan, Kurt, Laura, Evelina, Rudolf, Christin, Justine, Simone e gli ospiti, perché se sono arrivata fin qui è, solo, grazie a loro e per la fiducia che hanno dimostrato nei miei confronti in tutti questi anni.

Ringrazio il Servizio Sociale dell'Ospedale "La Carità" di Locarno per avermi ospitata durante l'ultima pratica professionale; in particolar modo Valentina, che con la sua puntualità, precisione e passione mi ha appoggiata sia professionalmente sia moralmente.

Ringrazio Sascha e Fiorenzo per l'accompagnamento e la pazienza dimostrata nei mie confronti.

Ringrazio Chiara che con la sua esperienza e la sua vitalità, nei momenti difficili, mi ha dato la carica giusta per affrontare la stesura del lavoro finale anche quando l'entusiasmo stava svanendo.

Ringrazio Sarah collega, compagna di viaggio e amica, perché senza di lei questo percorso formativo non sarebbe stato lo stesso.

Ringrazio Alessia e Simona per il semplice fatto di esserci sempre.

Ringrazio i miei genitori, mio fratello e mia "sorella" Tainah, fonte di tutto ciò che sono riuscita a diventare.

Ringrazio Marco…mio compagno di vita!

STUDENTSUPSI

"L'autrice è l'unica responsabile di quanto contenuto nel lavoro"

ABSTRACT

"Uno scenario possibile.."

L'aumento della popolazione anziana è un fenomeno in atto dal quale anche il Canton Ticino non può esimersi, in particolare la zona del Locarnese. Il progresso nella ricerca scientifica in campo medico, farmacologico e terapeutico ha fatto si che l'anziano di oggi possa vivere più a lungo e in buona salute ma, di pari passo, ha portato l'insorgere di nuove malattie di tipo degenerativo. Quest'ultime possono essere motivazione principale di nuovi disagi o problematiche sociali tra la popolazione anziana. Il servizio sociale dell'ospedale "La Carità" di Locarno (ODL) quotidianamente si occupa di questa fascia di popolazione con un attenzione particolare a quei soggetti ritenuti più deboli: persone anziane fragili, dal punto di vista medico e vulnerabili, dal punto di vista sociale. Questi casi che diventano complessi vengono considerati dagli esperti (medici- As o altri operatori) delle "situazioni a rischio" che necessitano di particolare attenzione e, a volte, dei provvedimenti atti a preservare la dignità umana della persona .

Gli obiettivi della ricerca sono: far luce su uno spaccato di realtà ancora esistente attraverso l'analisi di casi particolari e fornire uno spunto di riflessione sulle eventuali lacune che esistono tra il *dovere* e il *poter fare* quando si tratta d'intervento sociale nei confronti di persone bisognose di protezione. Quindi, rispetto al contesto ospedaliero in cui l'operatore sociale è inserito capire come e quando egli mette in atto il proprio mandato, tenendo conto di quei parametri etici e morali riguardanti i diritti della persona. La dissertazione si costruisce su due contesti fondamentali: il contesto socio- demografico attuale con i suoi importanti cambiamenti e il contesto legislativo, la revisione della legge in ambito di protezione dell'adulto, la legge sul segreto professionale e la legge sulla protezione dei dati personali. Inoltre vengono analizzati cinque casi reali, seguiti durante la mia permanenza al servizio sociale, al fine di fare emergere le problematiche che ancora oggi, nonostante la politica sociale abbia messo in atto numerosi servizi, prestazioni e mezzi per mantenere una buona qualità di vita, evidenziano ancora dei forti disagi. Dallo studio è emerso che esistono dei segnali che fanno emergere questi casi a rischio come le frequenti ri-ospedalizzazioni, una rete primaria debole e oltre ad una fragilità causata da una malattia anche uno stato di vulnerabilità che porta appunto in conseguenza ad un possibile disagio sociale. Nelle conclusioni emerge l'importanza dell'operatore di avere un'accortezza tale da cogliere le differenze e proporre ad ogni utente una soluzione adeguata al singolo problema. Per farlo però deve essere consapevole delle difficoltà di fondo che possono riscontrarsi all'interno della procedura ad esempio, appunto, *quando* e *come* procedere con una segnalazione ufficiale. Diventa, quindi, importante il supporto del codice deontologico e la buona riflessione etica e morale dell'assistente sociale, strumenti necessari al fine di declinare *qui* e *ora* una determinata situazione in modo da poter rendere efficace e favorevole l' intervento sociale.

STUDENTSUPSI

INDICE

1. INTRODUZIONE 6

2. DESCRIZIONE DEL CONTESTO LAVORATIVO 7

2.1 Breve cenno storico 7

2.2 Il servizio sociale dell'ospedale di Locarno 8

3. FOCALIZZAZIONE DEL TEMA 10

3.1 Cambiamenti socio-demografici in questi ultimi anni in riferimento al ruolo dell'AS 10

3.2 L'Autorità Regionale di Protezione e i suoi compiti nell'ambito di protezione dell'adulto 12

3.3 Il segreto professionale e la protezione dei dati personali 14

3.4 Domanda di ricerca, scelta metodologica e strumenti per la raccolta dei dati 16

4. ANALISI DEI CASI CON I PAZIENTI ADULTI BISOGNOSI DI PROTEZIONE 18

4.1 Il profilo dei pazienti 19

4.2 Il fil rouge, tratti comuni 21

a) La rete primaria debole 21

b) Le ri-ospedalizzazioni

c) Fragilità e vulnerabilità

4.3. La decisione di segnalare all'ARP 25

5. L'UNIONE TRA PROFESSIONALITA' E MORALITA' 27

5.1 Il ruolo dei professionisti tra etica e morale 27

5.2 Il Codice Deontologico come supporto all'operato dell'assistente sociale 29

6. CONCLUSIONI 32

6.1 Riflessioni personali 35

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

ARTICOLI E DOCUMENTI

ALLEGATI

STUDENTSUPSI

1. INTRODUZIONE

L'origine della scelta del tema che affronterò durante questo lavoro di tesi è nato durante la pratica professionale, nel Servizio Sociale dell'Ospedale "La Carità" di Locarno, in seguito all'incarico di alcuni casi che immediatamente hanno suscitato il mio interesse e tanti interrogativi.

[1]*" Non tutte le persone anziane possono coronare il sogno di vivere un'anzianità serena".*

Esiste una fascia di popolazione, appartenente alla terza età, che perde un importante livello di autonomia tale da non essere più in grado di provvedere ai bisogni della propria vita quotidiana e di difendere i propri interessi. Le cause possono essere molteplici come un declino cognitivo, un'improvvisa malattia invalidante o una banale caduta al domicilio, situazioni che possono indebolire una persona a tal punto da renderla bisognosa di una rete di sostegno che gli permetta una qualità di vita ancora dignitosa.

L'evolversi della struttura della popolazione umana costituisce uno dei fenomeni più evidenti della società odierna. Nei paesi europei, come in altri della società occidentale, si assiste ad un progressivo aumento della popolazione anziana.

> [2]Alla fine del 2012, in Ticino risiedevano 72.000 persone di 65 anni e più. Di queste, 52.000 avevano un età compresa tra i 65 e i 79 anni, i restanti 20.000 un età di 80 anni e più ...
> Nel 2012 si contavano ben 109 centenari (persone di 100 anni e più) e nello stesso anno le persone di età compresa tra i 95/99 anni erano quasi sette volte tanto: 722.

Da questi dati, presi di recente all'ufficio statistica del Cantone, emerge il reale aumento della popolazione anziana. Di pari passo bisogna tener conto che il numero di anziani cresce se il numero delle nascite non è altrettanto elevato: in questi ultimi anni, in conseguenza a numerosi fattori, come ad esempio la precarietà nel mondo del lavoro e l'aumento del lavoro femminile, le nascite o i figli per famiglia sono nettamente diminuiti.

In Canton Ticino, ad aggravare queste importanti cifre, influisce anche il fenomeno migratorio di pensionati provenienti da altri cantoni svizzeri in quanto le regioni dei laghi (Locarno e Lugano) risultano essere le mete ideali e privilegiate per vivere al meglio gli anni del pensionamento. Sul territorio sono già attivi numerosi servizi che mirano al mantenimento di una buona qualità di vita al domicilio offrendo personale specializzato per l'aiuto alla cura personale e domestica dell'anziano e la consegna di pasti caldi presso la propria abitazione. Tutto ciò però, in molti casi, sembra ancora non bastare.

Durante la pratica professionale svolta da gennaio a giugno 2015 ho potuto constatare che in Svizzera, nonostante la politica sociale abbia messo in atto numerosi servizi e diverse prestazioni, come quelli offerti da Pro Senectute, o misure di protezione, esistono persone con ancora gravi problematiche sociali. A rilevare ciò è proprio "l'effetto porta

[1] www.prosenectute.ch/it/media/cominicati-stampa

[2] F. Giudici, S. Cavalli, M. Egloff, B. Masotti, "Fragilità e risorse della popolazione anziana in Ticino" 2015 pag.20 Uno scenario possibile..

STUDENTSUPSI

diverse prestazioni, come quelli offerti da Pro Senectute, o misure di protezione, esistono persone con ancora gravi problematiche sociali. A rilevare ciò è proprio "l'effetto porta girevole" che si crea con i pazienti socialmente più deboli portando i ricoveri in ospedale di taluni più frequenti in un lasso di tempo ristretto.

La motivazione principale che mi ha spinto a concentrarmi sulle fragilità emergenti della popolazione anziana attuale, è il numero elevato di persone (915 utenti), che nel corso di un breve periodo (gennaio-giugno), sono state ricoverate all'interno della struttura e segnalate al nostro servizio per difficoltà, anche gravi, nella gestione della realtà quotidiana al domicilio. Sono nati subito in me tanti interrogativi su come mai queste persone, nonostante i vari sostegni attivati, ancora riscontrino quotidianamente difficoltà nel gestire la propria esistenza; indubbiamente le numerose risorse attivate all'interno del servizio sociale ospedaliero non sempre risultano sufficienti a garantire una presa in carico approfondita e completa del paziente in quanto le segnalazioni giornaliere al servizio (in media circa 6,1 casi al giorno) sono notevolmente numerose e la presa in carico è determinata dalla durata della degenza del paziente.

Nella mia ricerca mi focalizzerò proprio su questa fascia della popolazione ma in particolare su cinque casi "complessi": persone anziane fragili, dal punto di vista medico, e vulnerabili, dal punto di vista sociale, che nonostante la rete di sostegno che si è cercato di creare, essa non è ancora sufficiente per poter arginare i problemi che la persona incontra giornalmente, abbassando così ulteriormente le possibilità di avere una buona qualità di vita.

L'ospedale credo sia un buon porto d'approdo, poiché, attraverso le degenze interne dei pazienti, porta alla luce le problematiche sociali e personali di quest'ultimi, condizione che rende l'intervento del servizio sociale indiscutibilmente rilevante.

2. DESCRIZIONE DEL CONTESTO LAVORATIVO

2.1 Breve cenno storico

La storia degli ospedali della città di Locarno inizia nel XIV secolo. Le prestazioni offerte al loro interno erano gestite autonomamente da enti privati o fondazioni a scopo caritatevole.

Nel 1983 è stato costituito L'Ente Ospedaliero Cantonale che nasce per offrire alla popolazione una multidisciplinarietà sanitaria con il vantaggio per i pazienti di trovare, in un'unica struttura, specialisti di varie discipline pronti ad intervenire per qualsiasi situazione.

L'Ospedale Regionale di Locarno sorge nel centro storico del paese. Noto alla popolazione come Ospedale "La Carità", offre un'assistenza sanitaria di base oltre ad una serie di servizi specialistici di dimensione regionale e cantonale. Il 1. gennaio 2001 entra in vigore la nuova Legge sull'EOC che garantisce le basi legali per la costituzione di un'unica

STUDENTSUPSI

azienda finanziata dal Cantone (servizio parastatale), dotata di un'autonomia gestionale e operativa, sostituendo la precedente federazione di ospedali.
L'EOC è composto da sei istituti sparsi sul territorio del Canton Ticino:

- L'ospedale Regionale di Lugano, con le sedi Civico e Italiano.
- L'Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli con la sede "San Giovanni" a Bellinzona e le sedi di Faido e Acquarossa.
- L'Ospedale Regionale di Mendrisio "Beata Vergine"
- L'Ospedale Regionale di Locarno "La Carità"
- L'Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI)
- "Clinica di Riabilitazione di Novaggio"

La presenza di queste strutture, sparse per il territorio cantonale, garantisce ai pazienti un'offerta ospedaliera globale e di prossimità, indipendentemente dal luogo in cui sono richiesti i servizi.

2.2 Il servizio sociale dell'ospedale di Locarno

L'evolversi della società sta creando dei chiari effetti sulla popolazione, un importante squilibrio numerico tra le fasce anziane e le fasce giovanili. Il numero di anziani sta crescendo sempre di più rispetto a quello dei giovani e, insieme ad esso, anche la speranza di vita, grazie ai progressi della ricerca scientifica nell'ambito medico, terapeutico e farmacologico. Questo fenomeno in Ticino, soprattutto nella regione del locarnese, è sempre più evidente, vanta infatti gli indici cantonali più elevati del territorio elvetico. Proprio per questi motivi il servizio sociale dell'ospedale si trova a dover operare quotidianamente con questa tipologia di utenza (over 65) tentando di creare una rete di sostegno adeguata per permettere di mantenere una buona qualità di vita.
Come descrisse il Dr. [3]Cabot già agli inizi del '900 il servizio sociale nosocomiale è una prestazione che:

> "[4]..ha il compito di risolvere problemi famigliari,economici, psicologici che rallentano o impediscono in processo di guarigione e deve garantire un sostegno per i primi tempi dopo la dimissione del paziente" (Koch, 1980).

In Svizzera si inizia a parlare di consulenza sociale nell'ambito nosocomiale a Zurigo nel 1912, su base volontaria. Nel 1927 nasce il primo servizio sociale all'interno dell'Inselspital

[3] Dr. Richard C. Cabot, appartenente al Movimento Emmanuel, un approccio psicologico alla guarigione religiosa introdotta nel 1906 come uno sbraccio di Chiesa Emmanuel a Boston, Massachusetts. Operava nelle cliniche del Massachusetts General Hospital. Con il proprio denaro, assunse un infermiere, Garnet Pelton, per servire come primo assistente sociale di massa generale. Nel 1907, il dottor Cabot assunse Ida Cannon come il primo capo, e, insieme, guidarono lo sviluppo e la crescita del primo dipartimento dei servizi sociali in un ospedale negli Stati Uniti. Divenne capo della medicina presso il Massachusetts General Hospital dal 1912 fino al suo pensionamento, è fu un innovatore sia in formazione medica e psicosociale. Introdusse i primi settimanale "Grand Rounds", ormai tradizionale in ospedali universitari. Cabot ha scritto libri popolari di consulenza, etica e religione, che riflettono la sua fedeltà continuando la filosofia che aveva imparato sotto Josiah Royce.

[4] Servizio sociale EOC, *Compiti e attività del servizio sociale*, documento interno. EOC, 2007 pag.1

STUDENTSUPSI

di Berna e , in Ticino, la prima assistente sociale inizia ad operare presso l'ospedale regionale di Bellinzona in seguito ai bisogni nascenti dai reparti di oncologia e radioterapia. Capendo l'importanza che può offrire l'intervento sociale, ben presto, anche negli altri ospedali pubblici e cliniche private del territorio, nascono i vari servizi sociali.
Il [5]servizio sociale dell' [6]ODL ritrova le sue origine nella chiesa assistenzialista; interviene su richiesta dei pazienti degenti o ambulanti dell'Ospedale, su segnalazione del medico ospedaliero o del personale curante, dei famigliari, di terze persone o servizi presenti sul territorio. Le segnalazioni giungono soprattutto dai reparti di medicina interna e chirurgia, trattasi quindi principalmente di pazienti "anziani", persone che superano i 65 anni. Nel 2013 si sono contati 1872 utenti, nel 2014, 1923 e nel periodo da gennaio 2015 a giugno 2015, durante la mia pratica professionale, sono stati 915 utenti segnalati al servizio, un numero che pare continui ad essere in aumento.
All'interno del servizio vi operano tre figure professionali qualificate, le quali offrono il loro intervento tenendo conto dell'evoluzione della società e all'instaurarsi dei nuovi bisogni emergenti. Due assistenti sociali al 50% assunte dall'EOC e una terza al 100% assunta da [7]Prosenectute. Quest'ultima funge da "ponte" tra le persone anziane degenti in ospedale e i loro bisogni sociali emergenti di quest'epoca. Il ruolo dell'AS di questo servizio collaborante offre una maggior attenzione ai casi più complessi pre-segnalandoli alle assistenti sociali di Pro Senectute sul territorio al fine che, nell'eventuale bisogno di un utente, esse abbiano già una breve anamnesi e una minima conoscenza della realtà dell'utente. Questa collaborazione con Pro Senectute deriva proprio dall'interesse del professionista del servizio sociale dell'EOC che

> [8]è centrato sulle problematiche sociali legate al motivo del ricovero, sulle sue conseguenze e sulle condizioni di vita esterne del paziente. Il proprio compito è quello di ascoltare e sostenere il paziente e la sua famiglia, offrendo informazioni e consulenza. Inoltre, procede a una valutazione della situazione sociale e delle risorse del paziente, cercando in ogni modo di favorirne l'autonomia e l'integrazione sociale.

Quindi per effettuare al meglio i propri compiti l'assistente sociale deve agire secondo due filoni: il primo riguardante la sfera privata e sociale del paziente, correlata ad eventuali desideri, bisogni propri o famigliari che ne accompagnano la diagnosi e l'eventuale guarigione; il secondo si basa su tutto ciò che riguarda l'utente e i servizi attivabili sul territorio al fine che l'intervento possa continuare anche dopo la degenza in ospedale.
Perciò risulta fondamentale la collaborazione della rete, interna ed esterna al paziente, e l'analisi della domanda a cui viene sottoposto il servizio sociale perché ne implica l'intervento che viene poi messo in atto una volta terminate le cure ospedaliere.

---

[5] Il servizio è aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 17:00.
[6] Acronimo utilizzato all'interno dell'EOC per definire l'Ospedale di Locarno
[7] Pro Senectute è la maggiore organizzazione di prestazioni e servizi attiva a favore delle persone anziane in Svizzera e offre un ventaglio di prestazioni di supporto al mantenimento a domicilio. www.pro-senectute.ch
[8] EOC Risorse umane, *Descrizione della funzione assistente sociale*, documento interno, EOC, pag. 1.

STUDENTSUPSI

> [9]Pensare e costruire progetti insieme ad altri è un modo più efficace di altri, per mettere a disposizione delle persone in difficoltà, un numero più elevato e articolato di risorse presenti nel territorio.

Tutto questo può comportare la semplice organizzazione di un trasporto per il rientro a domicilio, l'attivazione di aiuti domiciliari[10], il trasferimento in altre strutture di cura o riabilitative che può variare in base ai bisogni e alle richieste del paziente stesso. Allo stesso tempo, l'assistente sociale deve assicurare una presa in carico più complessa riguardante aspetti singolari del paziente che permettano un accompagnamento costante in grado di preservare la dignità umana e non cadere in circostanze precarie che vanno ad aggravare l'esistenza della persona. Pertanto risulta fondamentale indagare e conoscere la rete personale dell'utente e possedere una buona conoscenza della rete e dei servizi che offre il territorio al fine di attivare tutti i possibili sostegni per capacitare la persona stessa nella sua indipendenza. Per far ciò, l'assistente sociale odierno, deve essere attento anche ai mutamenti della società circostante poiché sono essi che influenzano il proprio mandato ed inoltre aggiornato rispetto alle nuove proposte politiche per poter così plasmare le sue modalità d'intervento.
Il concetto di fondo utilizzato è il [11]*casework,* il lavoro sul caso, che concentra l'attenzione sull'individuo che chiede aiuto, inserendolo nel gruppo famigliare o nell'ambiente sociale e integrando, quindi, gli aspetti psicologici e quelli sociale del problema.

3. FOCALIZZAZIONE DEL TEMA

3.1 Cambiamenti socio-demografici in questi ultimi anni in riferimento al ruolo dell'assistente sociale

Come ho già accennato, il concetto dell'invecchiamento demografico e i suoi cambiamenti sociali porta con sé l'allungamento e il miglioramento delle condizioni di vita ma allo stesso tempo l'insorgere di nuove patologie degenerative fonti possibili di nuove problematiche sociali. L'assistente sociale, che opera in una struttura ospedaliera, si trova quotidianamente a confronto con questa realtà.
Attualmente per popolazione anziana si intende tutte quelle persone che hanno conseguito l'età del pensionamento ma, al giorno d'oggi, definire anziano una persona di sessant'anni non è più propriamente corretto. In questi ultimi anni, infatti, si inizia a distinguere l'anzianità in due fasce : la "terza età" e la "quarta età" che sta suscitando

---

[9] Articolo di Edda Biancon, *Fare e disfare il lavoro di rete, storia di un ricamo collettivo,* agosto/settembre 2002, periodico "Animazione sociale".
[10] I Servizi di Assistenza e Cura a domicilio (SACD) di interesse pubblico, ossia non profit, in Ticino sono ripartiti sul territorio sulla base di una pianificazione cantonale. A ogni ente è attribuito un comprensorio. I Servizi erogano le seguenti prestazioni:le prestazioni definite all'art. 7 dell'Ordinanza del DFI sulle prestazioni (OPre): consigli e istruzioni, esami e cure e cure di base; gli aiuti di economia domestica; la consulenza igienica, sanitaria e sociale; l'informazione e l'attivazione delle risorse disponibili sul territorio; l'educazione e la prevenzione sanitaria. www.sacd-ti.ch
[11] Maria dal Pra Ponticelli, *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci Faber 2005, pag. 635, Lea Bresci, *Servizio sociale individuale*

STUDENTSUPSI

sempre più attenzione. Questo accade perché la media delle persone si spegne in età sempre più avanzata. Grazie ai progressi della medicina alcune patologie, che una volta causavano la morte, sono state sconfitte allungando così la speranza di vita e aumentando, quindi, gli anni della "buona" salute. Tutto ciò, però, ha inevitabilmente portato ad un aumento della popolazione media nelle fasce di età più avanzate e l'insorgere di malattie di tipo degenerativo[12]. Quindi accanto all'invecchiamento della popolazione è importante considerare che, anche se una parte di essa invecchia in buona salute, l'altra si trova a fare i conti con la perdita dell'autosufficienza. Inoltre, ad influenzare positivamente o negativamente la qualità dell'invecchiamento, oltre alle condizione fisiche, si devono considerare gli aspetti economici e i risvolti sociali del singolo. Coloro che fisicamente sono attivi hanno anche una cerchia di coetanei presenti e sono in grado di assecondare i propri bisogni, i propri interessi e di svolgere attività sociali a volte in aiuto di terzi, come ad esempio il volontariato. Ciò significa che nel momento del bisogno raramente si troveranno sole e prive d' aiuto. L'altra parte della popolazione sempre più consistente, invece, comprende "grandi anziani" e coloro che socialmente ed economicamente risultano più deboli e bisognosi; in tal caso la perdita della propria autonomia comporta la necessità di costruire o solidificare la propria rete di sostegno.

> [13]La persona vive all'interno di sistemi di relazioni diversi, di cui si sente appartenente e da cui deriva il senso della propria identità. Tali sistemi coinvolgono soggetti della famiglia propria o d'orgine, dell'ambiente vicinale, amicale, del contesto lavorativo o del tempo libero: la persona vive potenzialmente una condizione di *pluriappartenenza*, all'interno della quale sviluppa rapporti preferenziali, che , nel loro complesso, vengono a disegnare un reticolo unitario. Questo reticolo costituisce un riferimento esistenziale per il soggetto ed è un naturale erogatore di risorse diverse.

Se la rete è scarsa, per non dire nulla, e i servizi che si sono già attivati per la persona non sono ancora sufficienti al fine di permettergli un certo mantenimento positivo della propria quotidianità, subentra la decisione di coinvolgere terzi e autorità affinché almeno la dignità della persona venga tutelata.

Nella realtà ticinese attuale, dove l'anziano richiama sempre più attenzione, l'assistente sociale, che lavora in una struttura ospedaliera acuta, si trova ad operare costantemente con altre figure professionali e a volte anche con l'autorità per l'istituzione di un eventuale mandato precauzionale. Il compito del servizio sociale è quello di inviare una segnalazione tempestiva all'[14]ARP laddove si riscontrano problematiche sociali gravi che possano mettere al repentaglio la vita del paziente dopo la dimissione al domicilio. Questa figura, infatti, oltre la presa in carico del paziente durante la permanenza in ospedale, deve

[12] Le malattie neurodegenerative sono un insieme variegato di malattie del sistema nervoso centrale, accomunate da un processo cronico e selettivo di morte cellulare dei neuroni. A seconda del tipo di malattia, il deterioramento neuronale può comportare deficit cognitivi, demenza, alterazioni motorie, disturbi comportamentali e psicologici.

[13] Franca Ferrrario, *Il lavoro di rete nel servizio sociale*, Carocci editore Roma 2002, p. 75, 76.

[14] Autorità Regionale di Protezione

STUDENTSUPSI

assicurare a quest'ultimo la possibilità di un sostegno successivo al fine di "[15] *favorire una dimissione serena e una buona qualità di vita al domicilio".* Per questo motivo è molto importante la collaborazione con il personale medico perchè per primo viene a conoscenza della situazione attuale del paziente. L'assistente sociale, da qui, si attiva verso la raccolta più dettagliata possibile delle informazioni personali riguardanti il paziente e il suo contesto socio-famigliare.

> [16]L'operatore di rete è colui che si porta all'interno delle rete primarie e, con il suo lavoro di esplorazione e di mobilitazione, assume posizione intermedia tra reti primarie e secondarie, sostenendo lo sviluppo delle reti verso la condivisione e verso l'autonomia.

Laddove su parere medico il rientro a domicilio non risultasse possibile nonostante l'organizzazione di aiuti puntuali e la realtà del paziente è aggravata dalle condizioni di salute e risulta socialmente debole, il servizio sociale in collaborazione col medico decidono per un intervento ufficiale all'autorità competente al fine di preservarne la dignità umana.

3.2 L'Autorità Regionale di Protezione e i suoi compiti in ambito di protezione dell'adulto

Il 1° gennaio 2013 entra in vigore la revisione alla legge riguardante la protezione dell'adulto che

> va a favorire il diritto dell'autodeterminazione di ogni individuo, garantendo a ciascuno di noi di poter decidere il proprio destino nel caso in cui si perde la capacità di discernimento, attraverso disposizioni private, stabilite autonomamente" [17].

Lo Stato, grazie a questa legge, può intervenire con delle misure ufficiali a fine di proteggere la persona e con il principio fondante di rispettarne la dignità e l'autonomia, principi stabiliti nella Costituzione federale. Per far ciò si avvale di strumenti innovativi rispetto alle misure passate e monitorate da nuove autorità ufficiali dette ARP[18] che, in pratica, sono andate a sostituire le recenti Commissioni tutorie regionali. Esse fanno parte della rete esterna o rete secondaria a cui il servizio sociale e, di conseguenza, i propri utenti possono attingere.

---

[15] Servizio Sociale EOC, Servizio Sociale, documento interno, EOC,p.3.

[16] Maria dal Pra Ponticelli, *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci Faber 2005, pag. 307, Lia Sanicola, *Intervento di rete*

[17] Sergio Sciancalepore, 28.1.2013, Intervista Avv. Alessia Paglia, La Riforma, *quando si diventa incapaci di discernere*, **Corriere del Ticino** pag 2,3.

[18] Autorità regionale di protezione per minori e adulti, formata da un presidente, licenziato in diritto; un membro permanente con formazione in ambito sociale o pedagogico e un delegato del comune di domicilio. Nel nostro cantone tale funzione è esercitata da 18 autorità regionali di protezione le quali esercitano la loro funzione su determinati comprensori giurisdizionali (art. 1 RPMA). http://www4.ti.ch/poteri/giudiziario/giustizia-civile/autorita-regionali-di-protezione/

STUDENTSUPSI

[19]Reti secondarie formali, hanno come principio di organizzazione l'uguaglianza, mettono in atto scambi fondati sul diritto, primo tra tutti quello di cittadinanza, hanno la redistribuzione come metodo e attingono alla legge come mezzo. Esse erogano prestazioni o servizi e intervengono sulla base di una esigibilità che caratterizza le relazioni stabilite dagli utenti. Fanno parte del sistema normativo e costituiscono generalmente un vincolo per la realtà sociale.

Le principali innovazioni del diritto di protezione dell'adulto sono:

- Il mandato precauzionale, per il rafforzamento e la promozione dell'autodeterminazione (cura della persona, cura dei propri interessi patrimoniali e rappresentanza nelle relazioni giuridiche).
- La rappresentanza legale del coniuge o del partner registrato e la rappresentanza in ambito medico nel caso di perdita momentanea o durevole della capacità di discernimento[20] (Direttive anticipate[21]).
- La regolamentazione per le persone incapaci di discernimento residenti in istituto sulle condizioni per la restrizione della libertà di movimento e cure/assistenza.[22]
- Le misure di protezione con l'istituto giuridico unico della curatela con o senza limitazione dell'esercizio dei diritti civili.
- Il ricovero a scopo d'assistenza, con una regolamentazione del trattamento forzato e il rafforzamento dei diritti dell'interessato[23].

Per quanto riguarda il primo punto, il mandato precauzionale adempie ai propri compiti attraverso l'istituzione delle curatele[24]. Esse sono di quattro tipi:

1) Curatela di amministrazione e sostegno, misura meno incisiva che ne presuppone il consenso del diretto interessato. Essa ha lo scopo di aiutare e consigliare senza limitare l'esercizio dei diritti civili e non comporta poteri di rappresentanza della persona.

2) Curatela di rappresentanza, misura che viene istituita quando la persona dev'essere rappresentata per l'assistenza personale o la gestione patrimoniale. Il curatore diventa il rappresentate legale e tale misura può limitare la capacità di agire dell'interessato.

---

[19] Maria dal Pra Ponticelli, *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci Faber 2005, pag. 307, Lia Sanicola, *Intervento di rete*

[20] E' la facoltà di capire e cogliere le caratteristiche di una situazione così da poterne valutare le conseguenze e, quindi, di sapere scegliere con consapevolezza tra eventuali alternative.

[21]Volontà scritte, atti medici a cui una persona divenuta incapace di discernimento potrebbe essere sottoposta. Per il personale medico sono un importante supporto nelle decisioni terapeutiche.

[22] Le disposizioni prevedono l'obbligo di stipulare un contratto di assistenza scritto -per questioni probatorie, non di validità dell'atto, che è data anche senza forma scritta - che stabilisca le prestazioni fornite e il costo del soggiorno (art. 382 CC). Con prestazioni si intendono la presa a carico quotidiana, i servizi alberghieri, le attività quotidiane, il tempo libero, le vacanze, l'attività ricreativa ecc. Sono di principio escluse le prestazioni mediche, fatte salve le minime indicazioni di ordine medico.

[23] L'effetto di questa misura è la restrizione della libertà di movimento. Le condizioni materiali per il ricovero sono una turba psichica, una disabilità mentale o un grave stato di abbandono e l'impossibilità di dispensare il necessario aiuto e trattamento senza far capo ad un istituto appropriato.

[24] Generi di curatele art. 393-398 Codice Civile. http://www4.ti.ch/poteri/giudiziario/giustizia-civile/protezione-delladulto/la-protezione-delladulto/

STUDENTSUPSI

3) Curatela di cooperazione, misura in cui il curatore non rappresenta legalmente la persona ma da il suo consenso a determinati atti dell'assistito quindi i diritti civili sono limitati di conseguenza.
4) Curatela generale, misura che implica per legge la privazione dell'esercizio dei diritti civili; comprende la cura della persona, degli interessi patrimoniali e delle relazioni giuridiche, in seguito ad uno stato di grave e durevole capacità di discernimento. Il curatore è il rappresentate legale sotto tutti gli aspetti.
Ogni curatela termina con la morte della persona interessata o per la decisione dell'Autorità, in seguito alla richiesta del diretto interessato per una persona a lui più vicina.
Il limite che può riscontrare un ARP è l'impossibilità di agire finché un caso non venga ufficialmente segnalato.

3.3 Il segreto professionale e la protezione dei dati personali

Quando si decide di segnalare un paziente l'ARP l'assistente sociale incontra anche dei limiti nel proprio mandato: il segreto professionale, la [25]privacy del paziente, ed essendo un servizio sociale all'interno di un ente ospedaliero come il corpo medico, le regole che la Legge Sanitaria Cantonale ha istituito. La difficoltà dell'operatore sta proprio nel sapere quando segnalare e come farlo nel rispetto del paziente stesso. Per questo motivo risulta fondamentale la conoscenza da parte dell'operatore sociale della sfera legislativa su cui poggia il proprio intervento.
Le basi legali relative al segreto professionale sono:

- Art. 321 Violazione del segreto professionale del Codice Penale Svizzero (21 dicembre 1937)
- Art. 20 Segreto medico legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario- Legge sanitaria (18 aprile 1989).

Le basi legali relative alla protezione dei dati personali sono:

- Art. 13 cpv. 2 , Costituzione federale della Confederazione Svizzera
- Art. 8 cpv. 2 lett. d, Costituzione della repubblica del Canton Ticino (14 dicembre1997)
- Art. 1 Legge cantonale sulla protezione dei dati personali (9 marzo 1987)

Entrambe le disposizioni sono nate per tutelare i diritti di ognuno. Nel caso specifico del paziente, alla riservatezza dei dati personali al fine di non divulgare informazioni personali a terzi. Lo scopo è quello di proteggere la sfera privata della persona, quindi il suo stato di salute, la sua situazione personale e/o famigliare e la sua situazione economica. Coloro che all'interno dell'ospedale trattano questi dati, operatori sanitari (medici, infermieri, farmacisti etc.) e i loro ausiliari, tra cui l'assistente sociale, sono tenuti alla totale riservatezza e a non divulgare informazioni a terzi senza il consenso da parte del diretto

[25] Protezione dei dati personali
Uno scenario possibile..

STUDENTSUPSI

interessato a meno che in possesso di uno svincolo. Lo svincolo dal segreto professionale avviene attraverso l'accordo o il consenso scritto del paziente insieme ad un' autorizzazione da parte dell'autorità superiore o di vigilanza, o ad un' autorizzazione da parte del medico cantonale. Nel caso di violazione da parte di qualche organo che detiene l'utilizzo dei dati personali, questo sarà punibile con una denuncia, una detenzione o una multa.

Nel caso in cui un paziente abbia perso la capacità di discernimento, solo il rappresentate legale, valutando i suoi interessi, può svincolare i professionisti dal segreto professionale. Al vertice c'è sempre l'autorità tutoria o, eventualmente, [26]*il medico cantonale* che *si pronuncia solo su richiesta scritta del detentore del segreto e dopo aver sentito il paziente interessato.* Quest'ultimo può liberare l'operatore sanitario, appunto, dal segreto professionale.

Per i casi in cui i pazienti hanno perso la capacità di discernimento, l'istituzione di un eventuale [27]curatela è importante per salvaguardare gli interessi personali. Talvolta il paziente è privo di una rete primaria, ha perso il coniuge e il rappresentate legale è inesistente, quindi solo lui stesso ha il potere di proteggersi e decidere per eventuali disposizioni da attuare. Il problema si pone proprio in questi casi in cui il paziente perde, momentaneamente o definitivamente, la capacità di discernimento e nessuno ha l'autorizzazione di decidere o agire per lui in tale momento. Per questo motivo subentrano le richieste al servizio sociale da parte del corpo medico, per segnalare il caso all'autorità di protezione, di modo che, il paziente o chi ne fa eventualmente le veci, possa "collaborare" con i professionisti per trovare un eventuale soluzione e preservarne così la situazione personale, senza aggravarla maggiormente.

Nel Codice Civile Svizzero troviamo il paragrafo: [28]"Obbligo di collaborare e assistenza amministrativa" che riporta:

> 1. Le persone che partecipano al procedimento e i terzi sono tenuti a collaborare all'accertamento dei fatti. L'autorità di protezione degli adulti prende le disposizioni necessarie per la salvaguardia di interessi degni di protezione. Se necessario, ordina l'esecuzione coattiva dell'obbligo di collaborare.
> 2. I medici, i dentisti, i farmacisti, le levatrici e i loro ausiliari sono tenuti a collaborare soltanto se sono stati autorizzati a farlo dal titolare del segreto o se, su richiesta dell'autorità di protezione degli adulti, l'organo loro preposto li ha liberati dal segreto professionale.
> 3. Non sono tenuti a collaborare gli ecclesiastici, gli avvocati, i difensori e i mediatori, nonché gli ex curatori che avevano patrocinato l'interessato nel procedimento.
> 4. Le autorità amministrative e giudiziarie consegnano gli atti necessari, fanno rapporto e forniscono informazioni, sempre che non vi si oppongano interessi degni di protezione.

[26] Legge Sanitaria Svizzera, Art.20 cpv 3., 18 aprile 1989
[27] Vedi pag. 6, quattro tipi di curatele.
[28] Art. 448 del Codice Civile Svizzero, https://www.admin.ch/opc/it/classifiedcompilation/19070042/201407010000/210.pdf

STUDENTSUPSI

Attraverso queste leggi i professionisti che si trovano confrontati con una situazione a rischio, come ad esempio i casi presi in analisi, devono tener conto dell'esistenza di tutte queste leggi al fine di agire per il meglio senza cadere nell' "illegalità" durante l' intervento. In un contesto, come l'ospedale acuto, dove la metodologia di intervento è prevalentemente di tipo tempestivo, l'insorgere di limiti nei mandati dei professionisti sono all'ordine del giorno. Inoltre, tenendo conto che " [29]*l'obiettivo principale del servizio sociale è quello di ridurre i tempi di degenza dei pazienti, offrendo nel contempo alternative valide e rassicuranti ai pazienti e ai loro famigliari, favorendo una dimissione serena e una buona qualità di vita al domicilio",* tali limiti si duplicano, mettendo l'operatore sociale in difficoltà nel progettare al meglio l'intervento sociale. Generalmente la collaborazione, sia interna che esterna al servizio, con i vari protagonisti della rete sociale implicata, funziona abbastanza bene ma le eccezioni non sono mai rare. Ad esempio, come nel [30]*caso 2* , con un paziente non collaborante, con la difficoltà di valutare la capacità di discernimento ma bisognoso di una misura di protezione, i limiti dell'agire professionale dei vari esperti è chiaramente circoscritto. Nel [31]*Caso 3* siamo davanti alle stesse problematiche: incapacità di discernimento, malattia degenerativa che provoca forti disagi sociali, rete primaria debole, inesistenza di un rappresentante legale e nessuno che si prende la responsabilità di portare in avanti il caso senza chiaramente avere un consenso ufficiale. La segnalazione in questi casi può comunque essere effettuata ma, purtroppo, ha valenza inferiore se fatta senza richiesta medica ufficiale. In sintesi i nodi critici che possono emergere in queste situazioni e che bloccano a volte la buona riuscita di un progetto e il rafforzamento di una situazione a rischio, sono purtroppo di natura legale, dove l'agire professionale può incontrare muri insormontabili. D'altro canto, se non ci fossero queste predisposizioni, la protezione della sfera personale e tutto ciò che ne fa ovviamente parte, verrebbe messo a repentaglio, favorendo così la cura degli interessi individuali. A tal fine è importante che l'operatore sociale, come quello sanitario, abbia un'ottica etica e morale ben consolidata, che gli permetta di affrontare il caso a rischio catturando la giusta attenzione da parte degli altri professionisti, coinvolgendoli nell'approfondire la situazione con l'eventuale intervento dell'autorità.

3.4 Domanda di ricerca, scelta metodologica e strumenti per la raccolta dei dati

A questo punto, *in riferimento al contesto operativo ospedaliero, vincolato da numerose procedure e regole istituzionali a cui ogni professionista deve sottostare*, è importante chiedersi, *con i casi particolari come e quando l'operatore sociale mette in atto il proprio operato al fine di migliorare le condizioni attuali e riportare uno stato di benessere al paziente?*

[29] Vedi allegato n°5, Intervista AS ODL *Sig.a Valentina Terzi, Assistente sociale PROSENECTUTE*
[30] Vedi allegato n°1
[31] Vedi allegato n°1

STUDENTSUPSI

In poche parole, l'operatore sociale deve capire dov'è il confine tra il limite dell'individuo (con i suoi diritti e doveri) e il proprio dovere d'intervento, (quando si deve, quando si può e come intervenire) tenendo conto dei parametri deontologici, etici e morali dei diritti della persona.

Si deve quindi considerare la procedura che si attua all'interno dell'ODL per pazienti che necessitano un aiuto da parte dell'autorità di protezione e analizzare attraverso i casi, come si rapporta l'assistente sociale ospedaliero con i vari servizi coinvolti e con il sorgere di eventuali problematiche sociali, in passato nominati "ricoveri sociali". Inoltre, in rapporto alla Legge Sanitaria Cantonale (Lsan) e ai diritti umani (la privacy per il paziente e il segreto professionale per medici e ausiliari, di cui l'assistente sociale ne fa parte) è necessario ragionare sul paradosso a cui spesso, queste figure professionali, sono messe a confronto. Bisogna capire, infine, se sia possibile inserire un passaggio intermedio per evitare di creare un "vuoto" o l'effetto "porta girevole", in cui il paziente rischia di soffermarsi, dove entra ed esce dall'ospedale e rischia di peggiorare ulteriormente la sua qualità di vita. Questi sono quindi i punti focali della ricerca attorno ai quali si svilupperà questa tesi.

Durante la mia permanenza all'interno del servizio sociale dell'ODL, i casi che richiedevano un'attenzione maggiore da parte dell'autorità sono stati cinque, di cui due coniugi. Prendendo il numero di segnalazioni da gennaio a giugno al servizio, 915 utenti di cui i 3/5 si tratta semplicemente di una segnalazione per una continuazione delle cure post nosocomiali nella diverse cliniche (cure acute transitorie o riabilitazioni), i rimanenti 2/5 si tratta di pazienti che necessitano di aiuti domiciliari o di utenti già segnalati ai SACD e a cui il servizio sociale riattiva l'intervento al termine della degenza. Di questi ultimi fanno parte i cinque casi che ho preso in analisi e se pensiamo il periodo temporale, quindi circa cinque mesi e il numero di casi che ho seguito, escludendo quelli che erano già segnalati al mio arrivo, si parla di 5 su circa 200 utenti. A mio parere un numero sufficiente per far emergere una situazione di vulnerabilità sociale attuale. Ho deciso quindi di prendere questi cinque come campione e analizzarli al fine di fare emergere le problematiche sociali che ancora oggi, nonostante i numerosi mezzi istituiti per mantenere una buona qualità di vita, evidenziano ancora dei disagi. Ritengo quindi che questi casi sottolineino come la società attuale non sia ancora totalmente in grado di offrire un'adeguata risposta alla domanda di bisogno espressa dal singolo.

Infatti, proprio l'analisi dei cinque [32]casi è stata la base da cui partire per potermi interrogare durante questa ricerca cercando poi di trovare dei denominatori comuni al fine di comprendere quali potessero essere le problematiche che li accumunavano. La scelta e il numero dei casi che ho preso in analisi non è casuale in quanto sono state segnalazioni che ho potuto vedere durante la mia breve permanenza al servizio sociale.

[32] Vedi allegati n°1

STUDENTSUPSI

Dopo alcune letture preliminari sono riuscita a contestualizzare il tema e dare una direzione alla mia ricerca.
Inoltre, attraverso un [33]intervista con l'assistente sociale di Pro Senectute, che lavora all'interno dell'ospedale, sono nate diverse riflessioni sull'impossibilità, in alcuni casi, di poter attuare un progetto d'intervento e l'esistenza di casi sempre più complessi a cui a volte sembra quasi non esserci soluzione. Fondandomi sugli aspetti legislativi, che si è portati a considerare nel nostro intervento, ho costruito un pensiero attorno ad aspetti etici che l'intervento sociale porta con sé. Altri strumenti che ho utilizzato sono stati: materiali bibliografici, sito-grafici per la ricerca e la conoscenza delle leggi (Legge sanitaria, Legge sulla protezione dell'adulto, codici deontologici) e il diario elettronico, strumento di lavoro del servizio sociale dell'EOC, in cui sono riportati anche i colloqui fatti con famigliari o altre persone di riferimento. Grazie a questa modalità di ricerca e al confronto con altre figure professionali, son riuscita a circoscrivere la tematica da approfondire, a cui non darò una risposta o una soluzione alla problematica principale, ma proverò a fornire uno spunto di riflessione sulle eventuali lacune che esistono tra il *dovere* e il *poter fare* quando si tratta d'intervento sociale nei confronti di una persona bisognosa di protezione.

4. ANALISI DEI CASI CON I PAZIENTI ADULTI BISOGNOSI DI PROTEZIONE

L'analisi si basa su un numero limitato di casi che il servizio sociale dell'ODL si è trovato a confronto durante la mia pratica professionale. Si tratta della "presa in carico" di persone che arrivate ad un periodo della propria esistenza, d'un tratto, si trovano in difficoltà nella gestione della propria vita quotidiana e in cui i regolari aiuti domiciliari non sono più sufficienti. In questi casi, infatti, l'intervento dell'autorità di protezione è rilevante, soprattutto perché la maggior parte di loro riscontrano la perdita della capacità di discernimento. Ho quindi riportato, grazie al supporto delle informazioni ricavate da medici, parenti e persone di riferimento, le situazioni dei casi descrivendo il contesto socio-famigliare del paziente, spesso fragile, facendo emergere i punti focali su cui si avvale la decisione di segnalare o meno un paziente all'ARP.

4.1 Il profilo dei pazienti

Le persone prese in considerazione sono tutti pazienti ricoverati in ospedale nei reparti di medicina interna e chirurgia dell'ODL, con un età compresa tra i 77 anni e 90 anni. Tali pazienti fanno parte, come già detto precedentemente," [34]*della terza età (dai 60 agli 80 anni) e della quarta età (oltre gli 80 anni)"*, periodo della vita che prima o poi verrà attraversato da una buona parte della popolazione. Si tratta di quattro uomini e una donna con declino generale correlato a diagnosi secondarie che vanno ad aggravare le loro

[33] Vedi allegato n°5
[34] Nada Loffredi , Art. *Terza e quarta età* del 23 giugno 2013.

STUDENTSUPSI

condizioni generali e il loro stato di salute. Ad esempio, nel [35]*Caso 1,* il paziente riporta un decadimento delle condizioni generali con sospetta cirrosi epatica d'origine etiltossica e difficoltà uditive.

> [36]Negli anziani la sensibilità agli effetti dell'alcol aumenta in conseguenza al mutamento fisiologico e metabolico dell'organismo con il passare degli anni. Si deve anche considerare che le persone anziane soffrono spesso di problemi di equilibrio, dovuti all'indebolimento della muscolatura, e di una ridotta mobilità. Il consumo di alcol può quindi aggravare la situazione, facilitando le cadute e le fratture. A tutto ciò si deve aggiungere che l'alcol interferisce con l'uso dei farmaci che le persone anziane nella maggioranza dei casi assumono quotidianamente.

L'abuso di alcol nelle persone anziane, come del resto per ognuno di noi, può portare a dei disagi sociali, oltre che fisiologici. Nel caso che ho descritto, il paziente faceva regolarmente uso di alcol e ciò comprometteva regolarmente gli aiuti che gli venivano offerti e aggravava le sue condizioni di salute. Il Servizio Aiuto Cure a Domicilio (SACD), spesso, non lo trovavano a casa o quando lo trovavano era in condizioni disagiate.

> "..non apriva la porta quando arrivavano gli operatori. In seguito a ciò, dopo alcuni interventi della polizia, è stato inoltre segnalato all'assistente sociale della Città, che conosceva già il caso, e dopo una visita a domicilio l' AS rileva che il Sig. R. vive in una "casa-deposito", con dei gatti, in cattive condizioni igieniche ed è seguito dalla ex moglie che vive nello stesso stabile".

La motivazione principale dei suoi ricoveri in ospedale, sono state le cadute recidivanti al domicilio, dovute da uno stato confusionale del paziente. La sua rete di sostegno, con il tempo, è andata ad indebolirsi e l'unica persona di riferimento che il paziente ha vicino è una ex-moglie la quale presenta anch'essa una dipendenza da alcol. Si può definire questo caso come una situazione di fragilità. Gli interventi che sono stati messi in atto dai vari servizi sono risultati troppo deboli per la situazione che andava sempre più ad aggravarsi non portando a dei possibili miglioramenti.
Anche il [37]*caso 3* evidenzia bene questo concetto, elemento che lo accomuna al *caso 1*, in cui le varie problematiche sociali sono dovute all'insorgere di una malattia degenerativa, il [38]Parkinson. Anch'egli continua ad entrare in ospedale a causa di cadute recidivanti al domicilio e, nonostante il paziente sia seguito dai SACD e dalla sorella, la sua situazione attuale è troppo debole e tende sempre più a peggiorare. Come il *caso 1* anche la rete primaria di questo paziente si è indebolita nel tempo e non funge da buon supporto.

---

[35] Vedi allegato n°1

[36] http://www.salute.gov.it/portale/temi/Alcoleanziani , consultato il 6.7.2015 , Data di pubblicazione: 26 gennaio 2011, ultimo aggiornamento 23 marzo 2015.

[37] Vedi allegato n°1

[38] Il Parkinson è una malattia neurodegenerativa, ad evoluzione lenta ma progressiva, che coinvolge, principalmente, alcune funzioni quali il controllo dei movimenti e dell'equilibrio. La malattia fa parte di un gruppo di patologie definite "Disordini del Movimento" e tra queste è la più frequente. I principali sintomi motori della malattia di Parkinson sono il tremore a riposo, la rigidità, la bradicinesia (lentezza dei movimenti automatici) e, in una fase più avanzata, l'instabilità posturale (perdita di equilibrio); questi sintomi si presentano in modo asimmetrico (un lato del corpo è più interessato dell'altro). http://www.parkinson.it/morbo-di-parkinson.html consultato il 6.7.2015

STUDENTSUPSI

> "Vive da solo ed è seguito saltuariamente dal SACD del comune di residenza. Amministrativamente è più autonomo ed è seguito infatti da una fiduciaria . E' stato sposato due volte e con le due ex mogli non vi sono più contatti. Dal primo matrimonio è nato un figlio che non vive più in Svizzera con la madre. La seconda moglie, invece, vive nel comune vicino a quello del paziente con la quale ha due figli di cui uno adottato, perché nato da una precedente relazione della signora e vive fuori cantone, mentre l'altro vive qui in Ticino e di cui è in atto una misura di protezione con una curatela generale. Nessuno di loro sembra prendersi cura del padre e dell'ex compagno nonostante le sue condizioni psico-fisiche gravi, tranne la sorella anziana e molto malata".

Si può dire che il paziente è entrato in uno stato di vulnerabilità in cui le proprie risorse quali biologiche, sociali e psicologiche, sono ormai in forte carenza, portandolo così ad uno stato di bisogno e a non essere più autosufficiente durante la vita quotidiana.
Negli altri *casi* invece, *2 e 4*, la problematica principale che fa emergere questi "disagi sociali", oltre allo stato d salute o l'avanzamento di un'anzianità più marcata, è il rapporto di dipendenza tra coniugi. Si tratta di pazienti nella fascia dei 90 anni che, dopo una vita insieme, attraverso la vita coniugale e l'invecchiamento, hanno consolidato un rapporto di dipendenza tra loro. Questo non permette ad esterni di entrare in questa diade che si è creata con gli anni e gli aiuti quindi diventano quasi impossibili.

> "Precedentemente al ricovero sia il medico curante che una delle figlie avevano organizzato un servizio di cure a domicilio e una donna delle pulizie ma, dopo due giorni di intervento, i coniugi li hanno cacciati, dicendo che ce la avrebbero fatta autonomamente".

Nel [39]*caso 2*, infatti, il paziente ha una moglie anziana malata di cui si occupa quotidianamente.

> "Vive a casa con la moglie anche lei in condizioni precarie in quanto nota per una demenza senile".

La rete primaria formata da tre figlie, pur esistente non può donare degli aiuti cosiddetti [40]strumentali e di tipo relazionali, in quanto essa è formata da tre figlie che non risiedono nello stesso Cantone. Quindi i coniugi sono apparentemente "soli". Ad aggravare la situazione è il rapporto poco collaborante del marito che nonostante gli vengano offerti aiuti da terzi, (SACD, amici, figlie) egli non li accetta ostinandosi a voler far tutto da sé trascurando fortemente sé stesso e le pratiche amministrative molto importanti, andando a volte contro la legge.

> " il paziente, colui che si occupa dell'amministrazione coniugale, ha smesso da tempo di pagare la cassa malati, l'assicurazione dell'auto che, nonostante gli hanno portato via le targhe, girava lo stesso per il paese col mezzo. Anche nell'igiene personale trascura se

[39] Vedi allegato n°1

[40] Si intende la gestione dell'economia domestica, cure a livello di igiene personale, mansioni d aiuto amministrativo o altri lavori di manutenzione. F. Giudici, S. Cavalli, M. Egloff, B. Masotti, *"Fragilità e risorse della popolazione anziana in Ticino"* 2015 pag. 100

STUDENTSUPSI

stesso tutto perché sposta le sue attenzioni sulla moglie malata che non è più in grado di badare a se stessa".

Nel *caso 4*, invece,

> "Si tratta dei coniugi P. entrambi di 90 anni. Entrano in ODL per delle cadute recidivanti della moglie che hanno portato ad una contusione dell'anca sinistra e il marito, con un decadimento generale, per il semplice fatto che da solo senza moglie non può stare. I medici decidono quindi di ricoverarli entrambi, lui a parere medico come "ricovero sociale".

oltre agli elementi sopra descritti che accomunano questi due casi, ossia il rapporto di dipendenza della coppia e la poca collaborazione con persone esterne, l'elemento che rende la rete primaria fragile è il passato migratorio di questi due coniugi. Entrambi provengono da altri paesi europei, non hanno figli, i parenti non risiedono nel Cantone e gli amici o sono deceduti per via dell'età o vivono in casa anziani.

> "i coniugi sono originari della Spagna ma cresciuti entrambi nei Paesi Bassi. Sono in Svizzera da molti anni con un permesso di tipo "C" e parenti o amici o sono deceduti o si trovano in Spagna o in Olanda".

In quest'ultimo caso, l'elemento rilevante che fa intervenire tempestivamente l'ARP è la situazione finanziaria dei due coniugi. E' una situazione proficua, dove l'arrivo di un parente "sconosciuto" fa scattare l'allarme. Grazie alla collaborazione della rete, si riesce a preservarne l'indennità dei beni coniugali e a preservare il benessere del paziente tramite un collocamento in casa anziani a scopo d'assistenza. La decisione, volta a favore del ricovero a scopo d'assistenza, è stata presa dall'Autorità regionale di protezione, durante la degenza in ospedale.
Infine, un elemento che accomuna tutti i casi, è la scarsa rete primaria. Il fattore abitativo, quindi viver da soli o con un coniuge malato, è un altro aspetto che rivela, con l'avanzamento dell'età, un elemento molto importante e da tenere in considerazione per la proposta di un eventuale progetto.

4.2 *Il fil rouge,* tratti comuni

a) La rete primaria debole

Come emerge dai casi analizzati, la [41]*rete primaria* di questa tipologia di pazienti risulta debole, infatti non si può stabilire una fascia d'età precisa in quanto per alcuni si tratta di figli, per altri di sorelle o fratelli o anche di nipoti o amici; quindi il dato non è rilevabile. E'interessante, però, notare che nella maggior parte dei casi coloro che si prendono cura di queste persone o che fanno partire la segnalazione sono prevalentemente donne (ex-mogli, figlie, sorelle e nipoti). Queste persone di riferimento per il paziente sono dette

[41] Si definisce RETE PRIMARIA o NATURALE l'insieme delle persone che fanno parte della famiglia di ego, i suoi amici, i vicini di casa ed i colleghi di lavoro. Università degli Studi di Torino, facoltà di psicologia, *La psicologia di comunità*, docente Amerio e De Piccoli.

STUDENTSUPSI

anche *"caregiver"*, ovvero fornitori di cure informali, che offrono un ruolo di cura personale e assistenza genitoriale e coniugale. In questi casi il ruolo dell'autonomia individuale diviene sempre più precario e un aiuto formale, quindi un supporto professionale che interviene rafforzando la rete primaria e non sostituendola, risulta fondamentale. Ad esempio, come vediamo in tutti i casi, l'intervento dei SACD è stato indispensabile per una prima presa in carico del paziente. Per diversi di loro i SACD sono l'unico contatto di tipo relazionale, oltre che strumentale, che hanno e su cui possono contare. Per altri, inoltre, la situazione si aggrava nel caso in cui la rete primaria su cui si cerca un appoggio, ha a sua volta problematiche sociali altrettanto gravi. Come vediamo nel *caso 1* la persona di riferimento è una ex-moglie con dipendenza da alcol, oppure nel *Caso 3* un figlio con in atto una misura di protezione. In questi casi,

> "[42]la responsabilità professionale dell'assistente sociale è quella di organizzare e integrare la verità di risorse che siano informali e formali, necessarie alla complessità soggettiva del bisogno."

Quindi nel caso in cui la rete sia debole, come nei casi presi in analisi, sarebbe opportuno crearne una nuova, partendo dalle risorse che si hanno a disposizione incentivando la rete già esistente, tenendo conto, come scrive Folgheraiter, della complessità del bisogno di ogni caso singolo e del valore della fiducia nelle relazioni sociali.
[43]*"..Il disagio sociale e la sofferenza umana scaturiscono sempre dalla mancanza di fiducia e di reciprocità, cioè dalla miseria delle relazioni sociali. Ma la fiducia residua tra le persone nella rete che la porta a utilizzare al meglio le loro capacità riflessive e a ragionare le loro esperienze di recupero, senza trovarsi in soggezione o essere manipolate, anche mentre sono curate, o accudite, o trattate. Senza la fiducia che consente di aprirsi in una relazione riflessiva non c'è crescita del benessere, come senza lievito non c'è il pane."*

b) Le ri-ospedalizzazioni

Una seconda caratteristica comune rilevante e che va ad attivare l'intervento professionale del servizio sociale, sono le frequenti *ri-ospedalizzazioni* dei pazienti presi in analisi. Di solito, ricoveri frequenti in ospedale di una persona, sono indice dell'esistenza di un problema, oltre che medico, anche di tipo "sociale".

> [44]Questo avviene perché c'è una distinzione tra domanda e richiesta. La richiesta ha un contenuto preciso (voglio una casa, un lavoro, soldi...) ed è diversa dalla domanda sottesa alla richiesta che invece è carica di significati impliciti. L'operatore sociale deve fare il passaggio dalla richiesta alla domanda, cioè esplorare l'implicito della richiesta.

---

[42]Realini D. Dispensa di Metodologia della pratica d' intervento sociale, SUPSI DEASS,Manno, 2014-15 tratto da F. Folgheraiter, *Operatori sociali e lavoro di rete*.
[43] Fabio Folgheraiter, *Editoriale*, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, p.6
[44]Realini D. Dispensa di Metodologia della pratica d' intervento sociale, SUPSI DEASS,Manno, 2014-15 tratto da Erminio Gius, *Chi opera il cambiamento è sempre in relazione*.

STUDENTSUPSI

Traducendolo nell'ambito ospedaliero, il paziente arriva con un problema fisico come può essere una banale caduta al domicilio, condizione che pare rappresenti il bisogno principale; in seguito si scopre invece che la richiesta reale è qualcosa che va al di là dell'essere curato. Nel periodo della degenza, soprattutto se è una degenza molto vicina ad una precedente, il servizio sociale, spesso su richiesta del medico di riferimento, si attiva per capire quale sia la realtà in cui vive il paziente. Nella maggior parte dei casi si scopre che la situazione a domicilio è diventata delicata, il paziente magari vive solo e non ha nessuno a cui egli possa fare affidamento. Inoltre, con l'approfondimento dell'indagine, che avviene per la maggior parte dei casi attraverso i colloqui con i pazienti, con i medici o con le persone di riferimento, si allarga la conoscenza del caso e si riesce a farsi un idea del contesto sociale del paziente con le possibili risorse o i possibili nodi critici da approfondire. Pian piano, il bisogno reale inizia ad esplicitarsi e, attraverso la conoscenza più dettagliata del caso, l'effetto "porta girevole" in ospedale diminuisce, in quanto vengono attuati progetti più idonei alla situazione di complessiva fragilità del paziente.

c) La fragilità e la vulnerabilità

Nella maggior parte dei casi si tratta, appunto, di pazienti con situazioni di fragilità fisica ma anche sociale, dove l'intervento attuato fa emergere i propri limiti.

> [45]Il processo di *fragilizzazione* corrisponde alla riduzione, progressiva o repentina, ma inevitabile con l'avanzare dell'età, delle riserve fisiologiche e senso motorie. Questo processo può essere accelerato da diversi fattori come una traiettoria biografica segnata da incidenti, dallo sviluppo di malattie gravi, da stili di vita non idonei o da comportamenti a rischio. La *fragilità* subentra quando il processo di fragilizzazione raggiunge un livello tale da ledere la resilienza di una persona, vale a dire la sua capacità a preservare un equilibrio con l'ambiente circostante o a ristabilirlo in seguito a degli eventi avversi.

Questi altri due elementi descritti, strettamente correlati tra di loro, sono processi quasi inevitabili durante il percorso di invecchiamento di una persona. Essi possono diventare compromettenti nel momento in cui la persona si trova da sola o in situazioni sociali sfavorevoli.

> [46]*Caso 1,* decadimento delle condizioni generali e una sospetta cirrosi epatica di origine etiltossica; condizioni disastrose al suo domicilio (ex compagna alcolista, fratello in Italia, abita in una casa deposito con gatti che fanno i bisogni ovunque, immondizia…). Insorgere malattia PSI.
>
> *Caso 2,* decadimento delle condizioni generali e dializzato. Vive a casa con la moglie anche lei in condizioni precarie in quanto nota per una demenza senile. Ha tre figlie ma nessuna di loro vive in Ticino, tutte e tre in Svizzera interna. Dorme molto, trascura se stesso la casa e trascura le questioni amministrative.

STUDENTSUPSI

[45] F. Giudici, S. Cavalli, M. Egloff, B. Masotti, "Fragilità e risorse della popolazione anziana in Ticino" 2015 pag. 54
[46] Vedi allegato n°1

Caso 3, cadute accidentali recidivanti senza perdita di conoscenza, con un deficit cognitivo e malattia di Parkinson in evoluzione. Vive da solo, due ex mogli con cui non vi sono più contatti. Due figli di cui uno acquisito, perché nato da una precedente relazione della signora e vive fuori cantone, mentre l'altro vive in Ticino e di cui è in atto una misura di protezione con una curatela generale.

Caso 4, coniugi P. entrambi di 90 anni, cadute recidivanti della moglie che hanno portato ad una contusione dell'anca sinistra e il marito, con un decadimento generale, "ricovero sociale" in quanto senza la moglie non può stare. Non hanno figli. In Svizzera da molti anni con un permesso di tipo "C"

La fragilità di queste persone non è tanto correlata al loro stato di salute attuale, bensì alle conseguenze della malattia sul decorso della propria vita che, con l'insorgere di eventi esterni sfavorevoli, porta l'individuo ad una condizione generale sempre più compromessa. Difatti, nei casi presi in esame, si notano molto bene questi eventi esterni casuali che portano l'insorgere della problematica sociale. Tutto ciò però non è solitario e disconnesso. Infatti, la quarta caratteristica, che è fortemente connessa alla fragilità e che emerge ed accomuna questi casi, è la [47]*vulnerabilità* di ognuno. Essa, anche se può sembrare sinonimo di fragilità, si differenzia per tre dimensioni. Mentre il processo di fragilizzazione si fonda prevalentemente sullo [48]stato di salute di una persona, la vulnerabilità tiene conto anche della situazione economica e dell'inserimento relazionale della persona anziana. [49]Essa dipende in parte dalle risorse e caratteristiche individuali, ma anche dal contesto socio-economico d'appartenenza e della rete famigliare e amicale in cui si è inseriti.

Indubbiamente, le persone che vivono sole e prive di relazioni famigliari e/o amicali, come nei casi considerati, il rischio d'isolamento o solitudine è più forte. Anche coloro che vivono con il proprio coniuge ma non hanno altri contatti sociali, rischiano di cadere nella rete della solitudine. È in questo momento che la persona anziana inizia a sentirsi meno utile, più sofferente ed inizia a trascurare se stessa e l'ambiente in cui vive.

L'ospedale in queste occasioni diventa un buon porto d'approdo per lanciare, anche se non direttamente, un urlo d'aiuto. Il paziente, anche se non in tutti i casi, in ospedale si sente protetto e preso in considerazione e crea delle relazioni di fiducia con il corpo infermieristico e quello medico. Questo basta per innescare dentro lui un sentimento di importanza e di inclusione in un mondo che, però, non è quello che lo può accogliere a lungo. Una volta rientrato al proprio domicilio, il paziente ricade nella sua fragilità che l'ha portato al ricovero nosocomiale e, spesso, è proprio da questa situazione che nasce l'effetto "porta girevole" in ospedale. Il paziente viene di nuovo ricoverato, si organizza un

[47] F. Giudici, S. Cavalli, M. Egloff, B. Masotti, "Fragilità e risorse della popolazione anziana in Ticino" 2015 pag. 69

[48] Nell'ambito della ricerca SWILSOO (Swiss Interdisciplinary Longitudunal Study of the Oldest Old), si sono definite le 5 dimensioni per poter misurare lo stato di saluto di una persona: mobilità (salire e scendere le scale, spostarsi all'estreno della propria abitazione, percorrere a piedi almeno 200 metri), capacità sensoriali (Leggere e seguire una conversazione), cognizione (problemi di memoria), metabolismo energetico (affaticamento e mancanza di appetito), dolori e problemi fisici (localizzati in varie parti del corpo).

[49]F. Giudici, S. Cavalli, M. Egloff, B. Masotti, "Fragilità e risorse della popolazione anziana in Ticino" 2015 pag. 69

STUDENTSUPSI

progetto post-nosocomiale ma se la situazione a domicilio è ancora precaria, in breve tempo rientra in ospedale con le stesse problematiche iniziali. Questa è descrivibile appunto come situazione di vulnerabilità, come i casi presi in analisi, in quanto tutte le tre sfere di essa (salute, relazionale ed economica) sono presenti.
Una recente ricerca fatta in Ticino riporta che:

> [50]La metà dei residenti in Ticino di età compresa tra 65 e i 79 anni sono indipendenti, dispongono di mezzi finanziari sufficienti e sono ben inseriti dal punto di vita relazionale. Il rovescio della medaglia è che quasi un giovane anziano su due è vulnerabile in almeno una delle tre dimensioni considerate. Due volte su tre si tratta di una vulnerabilità unidimensionale, nel terzo restante si accumulano due tipi di vulnerabilità e solo in casi eccezionali tutte e tre. Sono soprattutto i problemi nelle sfere della salute ed economica ad andare di pari passo, un risultato che non sorprende dato che, anche in una realtà come quella ticinese che garantisce a tutta la popolazione un accesso equo ai servizi medico-sanitari, la salute dipende in larga parte dalla condizione socio-economica individuale.

Quanto riportato significa che, più una persona ha una condizione socio-economica individuale favorevole (che comprende sia la parte finanziaria sia la parte sociale, quindi dove e come questa persona è inserita nella scala sociale), più il livello di "disagio sociale" e lo stato di vulnerabilità dovrebbe diminuire. Quindi, la buona o cattiva salute individuale può dipendere, anche, dalla situazione socio-economica a cui una persona anziana appartiene. Invece, l' [51]entourage famigliare debole si inserisce nella dimensione relazionale della vulnerabilità. Il vivere da soli, i pochi contatti sociali e amicali, i componenti della famiglia che vivono lontani e altri fattori che portano all'esclusione sociale, sono tutti elementi che sfavoriscono la presa in carico completa e creano difficoltà nella riuscita di un progetto d'intervento sociale studiato al fine di mantenere o migliorare, le buone condizioni di vita al domicilio. Tutti questi tratti comuni sorti dai casi presi in analisi (scarsa rete primaria, ri-ospedalizzazioni - fragilità e processo di fragilizzazione – vulnerabilità) sono condizioni che possono far affiorare una situazione a rischio e a cui il servizio sociale deve trovare una soluzione tempestiva che non aggravi la situazione già esistente. In queste occasioni, dopo un'attenta analisi della situazione e la collaborazione con la [52]rete di sostegno del paziente, si procede con una segnalazione all'Autorità Regionale di Protezione.

4.3. La decisione di segnalare all'ARP

La richiesta al Servizio Sociale per una segnalazione all'ARP arriva generalmente dal medico di riferimento durante la degenza del paziente. [53]*Talvolta anche dalla rete primaria del paziente (famigliari) o dai servizi professionali attivi al domicilio (SACD, medico curante ecc.).* Viene richiesto l'intervento proprio quando la situazione viene considerata dagli

[50] F. Giudici, S. Cavalli, M. Egloff, B. Masotti, "Fragilità e risorse della popolazione anziana in Ticino" 2015 pag. 71,72
[51] Vedi 4.2a, *La rete primaria debole*
[52] Medici ospedalieri, medico curante, ev. rete primaria o persone di riferimento del paziente, SACD o altre figure professionali implicate.
[53] Vedi allegato n°5, Intervista AS ODL *Sig.a Valentina Terzi, Assistente sociale PROSENECTUTE*

STUDENTSUPSI

esperti una situazione a rischio, ossia il momento in cui il paziente " [54]*non è più in grado di provvedere a se stesso e/o ai propri interessi, quando necessita di assistenza amministrativa/gestionale, di aiuto e di "protezione". Può anche venire segnalato per un' incapacità temporanea di discernimento o la totale assenza di essa*. Tutto ciò rispecchia quello che è emerso dall'analisi dei casi.

Quando giunge una segnalazione, l'assistente sociale deve indagare per poter capire quale sia la realtà quotidiana del paziente ed unirla alle condizioni di salute attuali. Nel caso in cui emergono problematiche, come quelle sopra descritte nei casi, l'assistente sociale è messo nella condizione di dover agire per tutelare il paziente. In queste condizioni l'intervento di un autorità esterna è doveroso: essa cercherà di tutelare la persona al fine di preservarne la dignità umana. Generalmente il Servizio sociale, in seguito alla segnalazione medica, coinvolge le varie parti (paziente se orientato, famigliari se presenti, ev. medico curante, servizi attivi al domicilio, ecc.) per avere un quadro preciso della situazione al domicilio e del contesto del paziente. In questo caso agisce quindi attraverso il modello unitario che

> [55].. valorizza la posizione reale e simbolica di confine tra servizi e territorio in cui l'assistente sociale si viene a trovare, e attribuisce a quest'ultimo un ruolo di mediazione attiva tra bisogni e domanda sociale da un lato e risorse disponibili o attivabili dall'altro, tra servizio, soggetti collettivi e cittadinanza, in crocevia di relazioni dalle diverse finalità.

Nel frattempo il medico redige un certificato medico che attesta le problematiche attuali del paziente. Specifica che in seguito ad esse, egli non è più in grado di provvedere a sé stesso. In possesso del certificato, il Servizio Sociale prepara una lettera d'accompagnamento in cui descrive le difficoltà che il paziente vive in quel periodo della sua vita. Quando i documenti sono completi viene inviata la segnalazione ufficiale all'ARP del comune di residenza del paziente. Purtroppo, nella maggior parte dei casi, l'istituzione di una curatela avviene con tempi lunghi. Per questo motivo, terminata la degenza in ospedale il paziente rischia di rientrare in breve tempo, perché, appunto, la decisione ufficiale non è ancora pervenuta e la situazione al domicilio non è migliorata.

Questo processo è il normale percorso che solitamente si mette in atto per segnalare un paziente bisognoso di protezione, ma esistono anche casi in cui il medico, nonostante la situazione sia ad alto rischio e grava sulle condizioni vitali del paziente, decida di non allegare il suo certificato. In questo caso, l'assistente sociale è chiamato comunque a provvedere ad una segnalazione all'autorità se l'indagine svolta presenta un alto rischio per il paziente.

STUDENTSUPSI

[54] Vedi allegato n°5, Intervista AS ODL *Sig.a Valentina Terzi, Assistente sociale PROSENECTUTE*

[55] Maria dal Pra Ponticelli, *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci Faber 2005, Franca Ferrario, *Modello unitario centrato sul compito*

> "[56]Ogni autorità giudiziaria o amministrativa, gli organi di polizia, i funzionari ed i pubblici dipendenti, anche se vincolati dal segreto d'ufficio, sono tenuti a comunicare all'autorità di protezione i casi che richiedono un suo intervento ed a trasmettere le informazioni rilevanti per l'adozione di eventuali misure di protezione."

Questa legge dichiara apertamente l'obbligo di collaborare tra i vari organi che vengono a conoscenza di eventuali casi a rischio e di trasmetterne quindi le informazioni rilevanti. In assenza di un certificato medico, l'ARP non è però chiamata ad entrarne in merito. Tutto ciò rappresenta un limite nell'agire del servizio sociale. Esso può sempre cercare di raccogliere elementi altrove ma la decisione finale spetta comunque all'ARP. Il medico che si rifiuta di preparare un certificato, prende tale decisione in merito alla situazione che gli si presenta, in quanto è chiamato a rispettare il segreto professionale che la Legge Sanitaria cantonale gli impone.

5. L'UNIONE TRA PROFESSIONALITA' E MORALITA'

5.1 Il ruolo dei professionisti tra etica e morale

La dimensione legislativa, come visto in precedenza, designa la legalità o l'illegalità di determinati atteggiamenti o comportamenti per un ordine e rispetto sociale reciproco. Per quanto riguarda però, l'attitudine professionale, i vari esperti sia nel campo sanitario sia in quello sociale, hanno come destinatario l'*Altro,* colui che in un determinato momento della sua vita si trova in difficoltà e necessita un aiuto professionale per far fronte alla propria situazione. Egli si aspetta di essere considerato nella sua molteplicità e desidera far fronte all'eventuale problema al fine di migliorare, migliorarsi e rafforzare la propria autodeterminazione e indipendenza. Per questi motivi i professionisti nel proprio agire devono tener conto, oltre alla dimensione legislativa, anche alla dimensione dell'etica e della morale.

> [57]*Etica*, termine introdotto nel linguaggio filosofico da Aristotele e indica quella parte della filosofia che studia la condotta dell'uomo, i criteri in base ai quali si valutano i comportamenti e le scelte, infatti *ethikòs* deriva da *éthos*, che significa "comportamento" o "costume".
> [58]*Morale*, dal latino *mos,* riguarda la voce della coscienza, la legge genitoriale interiorizzata, e il rapporto con sé stessi. Deriva dalle norme assunte dal gruppo d'appartenenza, da una collettività o cultura, norme costruite nel tempo per stabilire ciò che è giusto e ciò che è sbagliato. Essa poggia sul senso di colpa.

Parte dell'etica è *l'etica professionale*, che

[56] "Legge sull'organizzazione e la procedura in materia di protezione del minore e dell'adulto" del 8 marzo 1999, Art 5 cpv 1.

[57] *Enciclopedia Garzanti di filosofia*, Garzanti Editore, 1981,1993, 1998 pag.346

[58] Art. Cinzia Mion, *Etica Professionale,* settembre 2010 pag.2

STUDENTSUPSI

> [59]riconduce ad una serie di regole da seguire per lo svolgimento di una professione nel miglior modo possibile, nel rispetto delle regole, delle leggi, dei colleghi e dei clienti/utenti/pazienti.

Alla base di essa persistono infatti valori etici e morali che disegnano lo sfondo per un corretto rapporto tra professionista e paziente, tra medico e paziente e tra assistente sociale e utente. Per racchiudere tutti questi concetti e tutelare, in un qualche modo, professionisti e utenti, nasce il *codice deontologico* professionale. Esso varia rispetto al campo competente (sanitario, sociale, educativo) e porta con sé il dominio della professione e dichiara le responsabilità, i valori comuni, i limiti e la missione entro la quale opera il professionista.

> [60]Fornisce supporto agli specialisti nel prendere decisioni, promuove la riflessione e regola i rapporti con i colleghi, con gli altri professionisti e con le istituzioni oltre ad essere da garanzia per i fruitori del servizio.

Ogni professionista, indipendentemente dal campo d'azione in cui è inserito, deve conoscere e confrontarsi con il proprio codice deontologico. Ciò risulta importante in quanto le azioni professionali possono sempre venire giustificate soprattutto di fronte ad una situazione magari solitaria, in cui il professionista può sentirsi inesperto o l'impossibilitato ad agire di fronte alla legge. Se una legge in paragone ad un caso specifico presenta un limite, caratteristica probabile dato che è pensata per essere "universale", il codice deontologico declinato con l'etica professionale può essere un aiuto, a volte, per risolvere un caso. Colui che si trova in difficoltà crede che la situazione possa migliorare se si affida alle conoscenze specifiche di un esperto; egli, se è attento alle sue responsabilità e agisce in modo favorevole al paziente, può trovare ottime strade percorribili senza cadere nell'illegalità e portando sollievo al diretto interessato. Per questo motivo, e soprattutto perché non c'è una risposta giusta o sbagliata per ogni situazione, esistono anche le commissioni etiche all'interno dell'EOC, dette COMEC che si pongono come scopo quello di cercare soluzioni a situazioni di difficoltà che si possono incontrare e in cui la legge non riesce a preservare la dignità del paziente.
I casi analizzati, così come quelli che il medico e l'assistente sociale dell'ospedale incontrano quotidianamente, sono tutti soggetti a soluzioni e piani d'intervento diversi. Tanto che, anche se un caso si accomuna ad un altro e ha tratti comuni che fanno scattare il campanello d'allarme, ognuno di esso rimane un caso singolare e unico nella sua specificità. Ciò vuol dire che, nonostante le problematiche di fondo possano sembrare simili, il trattamento riservato per ognuno dev'essere diverso e indirizzato al caso specifico. Non c'è un modo d'agire o un'azione professionale uguale per tutti che riesca a tutelare le scelte o i progetti per ognuno, ma esiste il buon agire, l'agire responsabile e il

[59] Art. Cinzia Mion, *Etica Professionale,* settembre 2010 pag.3
[60] Daniela Rizzo, *"Etica nella pratica assistenziale quotidiana"* 2007/08, referente Dott. Paolo Musatti, Università degli studi di Brescia facoltà di medicina e chirurgia, pag.1

STUDENTSUPSI

buon senso del professionista che può giovare in situazioni paradossalmente al limite. Qui nasce l'importanza dell'etica e della morale di ognuno, perché è solo con queste virtù, attraverso il confronto e la sete di conoscenza, che l'esperto può trovare lo snodo ad una problematica complessa che può creare disagio al singolo individuo.
In sintesi, grazie all'esistenza di pensieri etici e morali all'interno del rapporto professionale con l'*Altro,* troviamo il fulcro dell'assistenza, in quanto davanti al professionista c'è sempre una persona anch'essa con un etica e una morale propria, pronta a declinarsi in base alla situazione e al contesto attuale.

5.2 Il Codice Deontologico come supporto all'operato dell'assistente sociale

La figura dell'assistente sociale nel contesto ospedaliero, quando sceglie di segnalare un caso all'Autorità per istituire una misura di protezione, pone una scelta determinante per la vita di un paziente.
Come i medici, anche gli assistenti sociali sono tenuti alla riservatezza dei dati raccolti e al segreto professionale. Anch'essi, possono fare capo ad una commissione etica che fa parte di'[61]*AvenirSocial.* Grazie a questa commissione etica, il 14 gennaio 2010 è stato approvato un [62]Codice deontologico anche per le professioni nel settore sociale (educatori, assistenti sociali, animatori socio-culturali e per tutti gli operatori sociali che si trovano ad operare in questo settore). Esso è un documento che contiene i fondamenti e gli obblighi etici e professionali elaborati da professionisti nel lavoro sociale in Svizzera e validi per l'esercizio della professione. È suddiviso in 19 articoli e definisce delle direttive comportamentali che l'operatore sociale deve tener conto nel suo agire quotidiano.
Questa figura, collaborando con altri professionisti, cerca di portare beneficio e curare la parte "sociale" del paziente in difficoltà, tenendo conto anche tutti gli aspetti personali (fisici ed economici), al fine di ripristinare l'equilibrio, il benessere e l'autodeterminazione la persona in difficoltà. Come è stato descritto in precedenza, l'assistente sociale indaga la situazione a rischio e attraverso la collaborazione con la rete esistente, in questi casi medici e altre figure professionali, cerca di mettere in atto un progetto idoneo al paziente e alla sua situazione attivando ciò che è ritenuto necessario. Generalmente insieme alla rete di supporto, agisce con [63]tre principali strategie:

---

[61] Rappresenta gli interessi dei professionisti con una formazione nel lavoro sociale. L'obiettivo è la messa in rete di professionisti nel lavoro sociale, nonché la rappresentanza e la tutela dei loro interessi professionali, economici e sociali. Le priorità di AvenirSocial sono nelle politiche professionali, educative e sociali a livello nazionale e internazionale. Mentre si lavora a questi temi, il comitato esecutivo della Svizzera è supportato da commissioni funzionali e gruppi di esperti. All'interno dell'associazione nazionale, AvenirSocial Svizzera si trovano 13 elementi suddivisi nella Svizzera tedesca e romanda, che rappresentano AvenirSocial in tutte le regioni. AvenirSocial è organizzato nel sistema di milizia che mira a contribuire al bene comune dell'altro. A costituire il nucleo dell'Associazione si trova il comitato esecutivo e vari gruppi di lavoro specialistici. http://www.avenirsocial.ch/cm_data/do_berufskodex_web_i.pdf

[62] Vedi allegato, *Codice deontologico degli operatori sociali,* 2010 AvenirSocial. Esso fa riferimento alla Costituzione, alla dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, convenzione europea dei diritti dell'uomo, alla carta sociale europea sui diritti fondamentali e sui principi e norme di etica professionale della Federazione Internazionale dei lavoratori sociali.

[63] Fabio Folgheraiter, *Operatori sociali e lavoro di rete*, Editore Erickson 1998, p.192

STUDENTSUPSI

1) crea un supporto alle reti esistenti
2) attraverso l'attivazione e il coordinamento della rete per il problem solving
3) cerca di creare reti stabili e durature nel tempo.

La scelta di segnalare una situazione all'Autorità viene discussa tra i diversi professionisti, che si trovano ad operare con l'interessato, per evitare che una situazione già preoccupante arrivi al collasso. In questi casi, infatti, le prime due strategie sono già state messe in atto dall'assistente sociale, ma non sono state sufficienti per far fronte alle problematiche esistenti; per questo motivo si è scelto di attivare reti esterne secondarie, come l'ARP, che possano donare, attraverso un mandato precauzionale, stabilità e continuità a lungo termine all'individuo, al fine di ripristinare un equilibrio che col tempo si è lacerato.

> [64]Gli operatori sociali di oggi si trovano di fronte a questioni etiche di crescente complessità. Con i grandi cambiamenti della società post-moderna non esiste più della pratica professionale che non offra motivo di interrogativi etici.

L'istituzione di una misura ufficiale per un paziente è ritenuta spunto di interrogativo etico. Le questioni etiche, all'interno del lavoro sociale, portano alla luce spesso delle difficoltà o dei disagi che nascono all'interno della comunità. È come se il bisogno del singolo individuo rispecchiasse un malessere sociale che trova motivo di manifestarsi proprio in quelle situazioni più deboli e a rischio. È bene quindi che l'operatore sociale vada ad operare in modo da stimolare, nella coscienza comune, la riflessione per un determinato progetto. Entrando a contatto con l'utente e con il suo mondo egli prova a creare delle possibilità, delle alternative e delle condizioni che possano aiutare la persona in difficoltà ad uscire dalla debolezza in cui momentaneamente si trova. Purtroppo, come si è visto nell'analisi dei casi, questo passaggio non è sempre fattibile con l'utente stesso per motivazioni complesse e diverse in ogni caso. Per questo motivo è importante che l'assistente sociale, abbia una buona consapevolezza di quali comportamenti individuali o sociali siano eticamente corretti o negativi. Questa consapevolezza è la premessa fondamentale per poter riflettere e prendere una posizione, soprattutto nel caso in cui ci si trovi davanti ad una situazione che sembra senza via d'uscita e per non cadere nell'illegalità di fronte alla legge. Il codice deontologico, in questi casi, funge da supporto e da aiuto per l'operatore: lo porta ad una riflessione più profonda verso il proprio agire e all'accortezza verso una persona bisognosa d'aiuto.

> [65]La rilevanza che nella società contemporanea ha assunto il rispetto delle disposizioni di legge può impedire agli operatori sociali di riconoscere le questioni etiche. Ci si limita ad attenersi alle direttive ufficiali e ai regolamenti anche se l'applicazione acritica delle norme

[64] Articolo di SusanM.Manning, *L'operatore sociale come cittadino morale,* in Lavoro sociale, Vol.4,n.1 Aprile 2004, Edizioni Erickson, p.57

[65] Articolo di SusanM.Manning, *L'operatore sociale come cittadino morale,* in Lavoro sociale, Vol.4,n.1 Aprile 2004, Edizioni Erickson, p.59

STUDENTSUPSI

cela spesso notevoli rischi. Gli operatori che vedono o mettono in atto pratiche non etiche senza esserne consapevoli ne diventano corresponsabili.

Da qui l'importanza di tenere sempre conto che alla base del lavoro dell'assistente sociale c'è sempre la relazione tra la persona e il suo sistema di credenze, valori etici o morali, e di fronte all'azione professionale bisogna anteporre il rispetto della persona in questione. Sono proprio queste le motivazioni principali che spingono il servizio sociale a segnalare una persona all'Autorità di protezione. Se il paziente diventa incapace di discernimento o ha delle difficoltà tali per cui egli non è più in grado di prendersi cura di se stesso e del suo ambiente, è giusto che qualcuno, con una misura ufficiale, intervenga per lui, preservandone così la sua dignità umana. In questa procedura, l'assistente sociale che segnala è facilmente attaccabile in quanto i confini o i limiti per la riservatezza dei dati personali sono molto sottili. Da una parte si ha l'obbligo di segnalare ma dall'altra magari non si riesce in quanto la situazione non è del tutto chiara o qualcuno di riferimento per il paziente si mette tra le due parti rendendo la situazione ancora più problematica. È in questi casi che l'etica e la morale possono assumere valori rilevanti per un eventuale progetto con il paziente. Si attuano delle decisioni che possono sembrare professionalmente non corrette ma se sono eticamente corrette e morali nelle intenzioni allora si possono salvare situazioni a rischio. L'assistente sociale come altri operatori sociali, si può trovare spesso in questa situazione di ambivalenza, ma se egli è in grado di esercitare una buona riflessione etica e morale può evitare di cadere nell'inconsapevolezza di tutto ciò che può andare oltre agli aspetti tecnici e burocratici del suo lavoro. Ciò significa anche che la capacità dell'assistente sociale è di riuscire a declinare il bisogno del paziente con i limiti del proprio mandato, coinvolgendo ed attivando la rete al fine di eliminare la fonte che crea il disagio. Fondamentale risulta il passaggio di informazioni tra professionisti che porta al disegno del quadro completo del contesto in cui il paziente è inserito, senza così violarne i propri diritti.

[66]**Comunicazione fluida**, i soggetti della rete sono portatori di pensieri, messaggi, rappresentazioni che fluiscono dentro e fuori dei servizi ma anche facilitatori della comunicazione, dello scambio e del cambiamento.
La funzione di chi va alla rete è fondamentale perché veicola informazioni, favorisce la formazione di opinioni, alimenta le conoscenze, chiarisce i nodi e stimola il confronto.

Il senso dell'assistente sociale , che opera in ambito ospedaliero, è che tra tutte le figure professionali è colui che offre un'attenzione individualizzata alle persone in difficoltà e assolve le basilari responsabilità sociali. È l'esperto in grado di attivare, organizzare e integrare le varietà di risorse presenti intorno al paziente e sul territorio (formali e informali) necessarie alla risoluzione del complesso bisogno soggettivo. Quindi si può dire che, il servizio sociale riassume in un quadro completo le varie parti che contribuiscono alla

[66]Articolo di Edda Biancon, *Fare e disfare il lavoro di rete, storia di un ricamo collettivo,* agosto/settembre 2002, periodico "Animazione sociale"

STUDENTSUPSI

risoluzione del problema creando una visione più dettagliata ed esaustiva possibile della situazione a rischio. Egli decide insieme agli altri professionisti per l'eventuale istituzione di una misura di protezione, ponendo una cura dettagliata sugli aspetti etici e morali del paziente con un'azione professionale mirata a mettere in atto un progetto d'intervento sociale.
Come [67]"*Case manager*", l'assistente sociale non determina e impone delle vie da percorrere, bensì rende più probabili delle cose che potrebbero succedere.

6. CONCLUSIONI

Grazie a questo lavoro ho potuto far luce su quelle persone che, pur essendo in minoranza, vivono ancora tutt'oggi forti disagi e problematiche sociali lasciando così sfogo alle mie curiosità che questo tipo di utenza mi ha suscitato. Questa ricerca, a mio avviso, non aveva l'intento di portare ad una risposta esaustiva al mio interrogativo iniziale ma di offrire uno spunto di riflessione sulle difficoltà attuali ancora emergenti nella realtà ticinese.
Il problema di fondo della società odierna penso sia una difficoltà nel gestire il mutamento sociale così veloce e a cui la popolazione, nel giro di pochi decenni, è stata interessata. L'invecchiamento di essa ha portato all'allungamento della speranza di vita ma allo stesso tempo all'insorgere di nuovi bisogni che solo in questi ultimi decenni la società si è trovata a confronto.
Il tipo di utenza con cui l'assistente sociale in ospedale è costantemente e maggiormente a contatto, a mio avviso, può essere impegnativo e a volte anche frustrante. Con la persona anziana può essere difficile poter costruire progetti proficui: in parte perché è talmente dipendente dalle sue abitudini che entrare in relazione a volte è quasi impossibile e in parte perché la situazione è sempre aggravata da aspetti altrettanto difficili. Nei casi che ho preso in analisi, queste aggravanti sono ancora più accentuate da: una rete primaria debole a cui è difficile accedere, solitudine, malattie cronico - degenerative accompagnate da dipendenza da alcol o da malattie psichiatriche e situazioni socio-economiche diventate precarie. A mio parere tutto ciò è sicuramente solo uno spaccato di quello che è poi la realtà quotidiana ma pur sempre un numero sufficiente per poter accendere una riflessione più focalizzata.
Con questi casi particolari la procedura da mettere in atto, alla fine, è "standard" e semplice ma la difficoltà sta proprio nel capire la complessità del singolo caso. Ogni situazione è singolare e mai uguale; possono esserci delle somiglianze o dei tratti comuni, come è emerso nella mia analisi, ma l'accortezza dell'operatore è di cogliere le differenze e proporre ad ognuno una soluzione adeguata al problema. Per farlo però deve essere consapevole delle difficoltà di fondo che possono riscontrarsi all'interno della procedura ad esempio, appunto, *quando* e *come* procedere con una segnalazione ufficiale. In questo

[67] F.Folgheraiter, *Operatori sociali e lavoro di rete*, Editore Erickson 1998, p.250

STUDENTSUPSI

momento diventa importante il supporto del codice deontologico e la buona riflessione etica e morale dell'assistente sociale. Essi diventano strumenti necessari al fine di declinare *qui* e *ora* una determinata situazione in modo da poter rendere efficace e favorevole l' intervento sociale senza sconfinare nell'illegalità nel proprio mandato. Inoltre, la conoscenza e il supporto della rete sul territorio e dei vari servizi è altrettanto fondamentale. La buona collaborazione tra i soggetti coinvolti e la [68]comunicazione fluida favoriscono la buona riuscita di un progetto d'intervento sociale in quanto, all'interno di esso, essendo coinvolti più parti, ognuno può contribuire al meglio per la risoluzione o il miglioramento di una situazione al limite. Nel lavoro sociale, il lavoro del singolo è sempre un aiuto al lavoro di qualcun altro; la forza sta proprio nell'insieme, nel condividere le proprie potenzialità con gli altri e lavorare insieme per un obiettivo comune. All'interno di un ospedale acuto i soggetti da armonizzare e da tenere in considerazione sono numerosi e di vario genere, e, diviene più complesso in quanto l'ambiente in cui è inserito l'operatore sociale focalizza l'attenzione soprattutto sulla cura medica della persona. Il lato positivo che gioca a favore del servizio sociale è che in sé l'ospedale è un buon erogatore di contatti esterni, oltre che interni, quindi l'operatore che lavora al suo interno è agevolato dalle relazioni esterne con la rete di supporto che mette a disposizione il territorio.

In questa fitta rete, è importante che l'assistente sociale dell'ospedale favorisca una maggior collaborazione, attraverso la comunicazione, la trasmissione di conoscenze ed esperienze, l'informazione completa che ogni servizio è riuscito ad ottenere per poter riunire in un'unica anamnesi al fine di arrivare alla realtà del paziente e scaturire, tra i professionisti, una molteplicità di visioni e/o osservazioni che messe a confronto portino a diverse strade possibili da percorrere. Tutto questo, però, riguarda strettamente l'operato che l'assistente sociale o un operatore all'interno della rete potrebbe offrire come supporto all'utente o ad una persona bisognosa d'aiuto, ma in termini macro, invece, le difficoltà da affrontare sono chiaramente numerose. Degli obiettivi al fine di aiutare i professionisti del settore a portare un progresso in aiuto alle persone anziane con gravi problematiche sociali potrebbero essere: 1) sensibilizzare di più gli aiuti formali, come i servizi già attivi sul territorio o le misure di protezione già in atto; 2) rinforzare la collaborazione della rete; 3) potenziare aiuti informali rendendoli più concreti. Tutti aspetti che nell'immaginario comune non sono semplici da mettere in pratica in poco tempo e che richiedono uno sforzo e un lavoro anche in termini di politica sociale. In concreto si parlerebbe di creare degli spazi d'informazione o degli sportelli, ad esempio mediante il servizio di Pro Senectute, al fine di promuovere maggiormente i servizi offerti sul territorio per la fascia anziana della popolazione. Inoltre, in termini di prevenzione, informare meglio ad esempio su *cosa sono* e *a cosa possono* servire le direttive anticipate, in quanto attraverso esse si agisce verso i desideri del paziente e nella maggior parte dei casi si potrebbe evitare di creare quel "vuoto", che ho menzionato all'inizio della ricerca, perché essere a

[68] Articolo di Edda Biancon, *Fare e disfare il lavoro di rete, storia di un ricamo collettivo,* agosto/settembre 2002, periodico "Animazione sociale"

STUDENTSUPSI

conoscenza delle volontà del paziente rende un possibile intervento sociale più fattibile ed efficace. Sono a conoscenza del fatto che le assistenti sociali sul territorio del servizio di Pro Senectute hanno iniziato questo tipo di lavoro e sentendo la loro esperienza, risulta una popolazione anziana spaccata in due: nella maggior parte dei casi è ancora difficile da accettare la dichiarazione delle direttive anticipate, in quanto lo vivono come una sorta di testamento che devono effettuare perché la loro vita sta finendo; quindi preferiscono aspettare rischiando poi di trovarsi in situazioni ancor peggiori. Nella minoranza dei casi, invece, vivono questa esperienza come, appunto, una sorta di prevenzione nel caso in cui dovesse capitargli un evento invalidante e perderebbero la capacità di discernimento. Quest'ultima parte di persone rispecchia proprio il senso di questa misura di protezione, una novità entrata in vigore con la revisione della legge in ambito di protezione dell'adulto. L'altra parte invece, rappresenta di più l'immaginario comune che vive la dichiarazione delle direttive anticipate come una sorta di conclusione della propria vita. La sensibilizzazione mirerebbe proprio a questa parte di popolazione e ai "giovani anziani" che si avvicinano all'età del pensionamento al fine di rendere i loro desideri fattibili e preservarne la loro dignità nel momento del bisogno qualora non ne fossero più in grado.

Rinforzare ulteriormente la collaborazione con la rete territoriale sarebbe altrettanto auspicabile, in primo luogo mediante il contributo più stretto del medico curante , che stando alla logica, è colui che conosce di più il paziente e la sua realtà; in secondo luogo, con l'Autorità Regionale di Protezione in quanto talvolta la comunicazione con quest'ultima è latente. Spesso infatti quando viene inviata una segnalazione all'ARP difficilmente si riceve un feedback in merito alle decisioni che vengono attuate sul paziente o l'utente in questione; così come nel caso di un anziano ospedalizzato con già in atto una misura ufficiale, precedentemente richiesta da parenti o altri operatori sociali, il servizio ARP non comunica la già avvenuta presa in carico di un eventuale mandato precauzionale. È da sottolineare inoltre che i tempi di risposta dell'ARP talvolta non sono tempestivi rispetto alla segnalazione pervenuta e quindi al bisogno che viene accolto dall'operatore in quella determinata circostanza. A tal proposito la mia riflessione si sofferma su quali potrebbero essere i canali per migliorare la comunicazione e la collaborazione con questo servizio.

Infine l'ultimo obiettivo possibile sarebbe di potenziare gli aiuti informali, come può essere il volontariato, sostenendo dei gruppi di mutuo-aiuto in cui giovani anziani, arrivati alla pensione in salute, possono contribuire all'aiuto sociale di altri coetanei o persone più anziane che si trovano magari in solitudine o in situazioni precarie.

Sono consapevole che attualmente in Ticino alcune di queste idee possano essere già in atto ma vedendo la frequenza dei casi che vengono segnalati al servizio sociale e mi rendo conto che tutto ciò che esiste non è ancora pienamente sufficiente per arginare i problemi di queste persone bisognose di protezione e che forse un maggior potenziamento potrebbe ancora essere preso in considerazione.

STUDENTSUPSI

6.1 Riflessioni personali

Questa esperienza in ospedale mi ha permesso di riflettere sul ruolo dell'assistente sociale in questo ambito. A differenza di altri servizi l'ospedale è un luogo in cui la maggior parte delle persone arriva senza una domanda di tipo sociale bensì con una problematica di fondo di tipo clinico. È proprio durante la degenza che emergono esigenze sociali a cui il singolo o il medico, individualmente, non possono farne capo. La metafora di un regista penso sia l'immagine più facile da poter associare all'operatore sociale in questo servizio. Esso ha la camera in mano e mette a fuoco, in vari momenti, la realtà del paziente. Narra la storia del paziente, ne inquadra i bisogni e inserisce sulla scena personaggi adatti all'evolversi della storia. Conosce l'ambiente, il territorio e le possibili risorse e mette in comunicazione protagonisti e antagonisti al fine di offrire servizi sul territorio adatti alla richiesta emersa. L'assistente sociale è colui che vede una situazione in un quadro completo e che, in tempi brevi, ha le capacità di mettere in relazione le diverse realtà appartenenti al paziente trovando una buona comunicazione con tutti per arrivare ad una soluzione migliore per lo stesso.

Inizialmente l'idea di effettuare l'ultima pratica professionale all'interno del servizio sociale in ospedale non mi entusiasmava molto. Non mi affascinava l'utenza con cui ogni giorno l'AS è a confronto e non ne capivo fino a fondo il senso. A tutt'oggi mi vien da dire solo "Grazie" perché l'esperienza all'interno di questo servizio mi ha fatto crescere, innanzitutto personalmente, in quanto le difficoltà che ho incontrato durante lo stage non sono state poche e leggere, ma soprattutto professionalmente perché mi ha permesso di approfondire conoscenze che erano ancora superficiali e di cogliere il senso e l'importanza di questa figura all'interno di un servizio come questo.

Inoltre mi ha permesso di conoscere più a fondo il territorio e i vari servizi che esso ha da offrire e mi ha donato la possibilità di collegare, in un unico quadro, le conoscenze che ho acquisito nel corso della mia esperienza personale – professionale e soprattutto all'interno di questa formazione. L'augurio è che questo mio lavoro possa essere un buon spunto di riflessione per qualcuno che intende approfondire questa tematica e per gli operatori che sono già attivi all'interno di un servizio sociale. Inoltre mi farebbe piacere se la mia ricerca fosse in futuro un buon supporto piacevole per chi, come me, si è trovato in difficoltà nella ricerca e nella stesura del lavoro finale.

STUDENTSUPSI

"… con una buona regia … lo scenario è possibile."

Bibliografia

Cellentani O., *Manuale di metodologia per il servizio sociale*, Milano, Franco Angeli, 2004.

Dal Pra Ponticelli M., *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci Faber Roma 2005.

Enciclopedia Garzanti di filosofia, Garzanti Editore, 1981,1993, 1998 .

Ferrrario F., *Il lavoro di rete nel servizio sociale*, Carocci editore Roma 2002.

Folgheraiter F., *Operatori sociali e lavoro di rete*, Editore Erickson 1998.

Huber R., *Il locarnese e il suo ospedale*, Locarno, Armando Dadò Editore, 2002.

Mortari L., *La pratica dell'aver cura*, Milano, Bruno Mondadori Editori, 2006.

Sitografia

https://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19070042/201407010000/210.pdf

http://www.avenirsocial.ch/cm_data/do_berufskodex_web_i.pdf

http://www.eoc.ch

http://www.parkinson.it/morbo-di-parkinson.html

http://ww.prosenectute.ch/it/media/cominicati-stampa

http://www.sacd-ti.ch/

http://www.salute.gov.it/portale/temi/Alcoleanziani

http://www4.ti.ch/poteri/giudiziario/giustizia-civile/autorita-regionali-di-protezione/

http://www4.ti.ch/poteri/giudiziario/giustizia-civile/protezione-delladulto/la-protezione-delladulto/

Documenti interni EOC

Servizio sociale EOC, *Compiti e attività del servizio sociale*, documento interno. EOC, 2007

EOC Risorse umane, *Descrizione della funzione assistente sociale*, documento interno, EOC, 2007

Servizio Sociale EOC, *Servizio Sociale*, documento interno, EOC.

Articoli e documenti

Amerio e De Piccoli, *La psicologia di comunità*, docente presso Università degli Studi di Torino, facoltà di psicologia

F. Giudici, S. Cavalli, M. Egloff, B. Masotti, *"Fragilità e risorse della popolazione anziana in Ticino"* 2015

Articolo di Cinzia Mion, *Etica Professionale,* settembre 2010

Articolo di Edda Biancon, *Fare e disfare il lavoro di rete, storia di un ricamo collettivo,* agosto/settembre 2002, periodico "Animazione sociale".

Articolo di Nada Loffredi , *Terza e quarta età* del 23 giugno 2013.

Articolo di Susan M. Manning, *L'operatore sociale come cittadino morale,* in Lavoro sociale, Vol.4,n.1 Aprile 2004, Edizioni Erickson, p.57

Daniela Rizzo, *"Etica nella pratica assistenziale quotidiana"*, referente Dott. Paolo Musatti, Università degli studi di Brescia facoltà di medicina e chirurgia, 2007/08

Folgheraiter F., *Editoriale*, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano

Sergio Sciancalepore, 28.1.2013, Intervista Avv. Alessia Paglia, La Riforma, *quando si diventa incapaci di discernere*, Corriere del Ticino

Professionisti lavoro sociale Svizzera, *Codice deontologico degli operatori sociali,* 2010 AvenirSocial

Documenti scolastici

Appunti personali del modulo, *Cicli di vita*, SUPSI DEASS, Manno 2012/13

Appunti personali del modulo, *Politiche e interventi in ambito familiare,* SUPSI DEASS, Manno, 2014/2015

Realini D. Dispensa di *Metodologia della pratica d' intervento sociale*, SUPSI DEASS, Manno, 2014/2015

Allegati

Allegato 1: Casi presi in analisi segnalati al Servizio Sociale dell'EOC di Locarno.

Allegato 2: Esempio di lettera d'accompagnamento per una segnalazione all'ARP.

Allegato 3: Analisi dei casi.

Allegato 4: Movimento della popolazione – Dati, indicatori Speranza di vita in Svizzera.

Allegato 5: Intervista all'Assistente Sociale di Pro Senectute, Valentina Terzi.

Allegato 6: Legge sull'organizzazione e la procedura in materia di protezione del minore e dell'adulto.

Allegato 7: Il segreto professionale degli operatori sanitari e sociali nel Canton Ticino.

Allegato 8: Il codice deontologico dell'operatore sociale in Svizzera.

Allegato n°1

Caso 1

Il Sig. R. è un paziente di 77 anni, è stato ricoverato in seguito ad una caduta a domicilio, presenta un decadimento delle condizioni generali e una sospetta cirrosi epatica di origine etiltossica. Considerando che il degente vive da solo e non può rientrare al domicilio, per le sue condizioni psico-fisiche, il medico ha contatto il Servizio Sociale per una soluzione post- nosocomiale.
Il Sig.R. usufruiva già degli aiuti domiciliari quotidiani ([1]SACD) ma il supporto era difficile da attuare in quanto, a causa di difficoltà uditive, non apriva la porta quando arrivavano gli operatori. In seguito a ciò, dopo alcuni interventi della polizia, è stato inoltre segnalato all'assistente sociale della Città, che conosceva già il caso, e dopo una visita a domicilio l' AS rileva che il Sig. R. vive in una "casa-deposito", con dei gatti, in cattive condizioni igieniche ed è seguito dalla ex moglie che vive nello stesso stabile.
A questo punto, esaminata la situazione, il Servizio sociale ospedaliero , il medico di riferimento e l'AS del Comune ritengono opportuno una segnalazione all'ARP per la valutazione del caso e per l'eventuale istituzione di una curatela. Il pz sembra d'accordo ma rimane, comunque, una persona con problemi psichiatrici.
In occasione della prima degenza, il paziente è stato degente in Clinica, per la continuazione delle cure, e al momento della dimissione sono stati attivati dei pasti a domicilio con PROSENECTUTE. All'incirca quattro mesi dopo l'utente viene nuovamente ricoverato in Ospedale e qui il medico lo annuncia al CAT. Al momento del trasferimento la ex-moglie, che lo segue a casa, non vuole assolutamente che il paziente vada al CAT. Nel frattempo viene contattato AS del comune, il quale conferma che sicuramente il paziente non vorrà andare al CAT e che tra l'altro scapperebbe. L'AS ci informa, inoltre, che era già stato segnalato a PROSENECTUTE, per un eventuale aiuto amministrativo. Alla fine il medico capoclinica riesce a convincere il pz ma una volta al CAT il pz non vuole stare li.
Il medico responsabile del CAT, dopo aver visto il paziente, ritiene necessaria anche lei per una segnalazione all'ARP. Il pz nel frattempo viene dimesso e rientra dopo breve tempo di nuovo in ospedale. Il paziente vuole ancora tornare a casa ma, considerate le sue condizioni di salute e le condizioni disastrose al suo domicilio (ex compagna alcolista, fratello in Italia, abita in una casa deposito con gatti che fanno i bisogni ovunque, immondizia...) si decide di ricontattare l'AS del comune per una visita qui in Ospedale. Dopo il colloquio, in accordo con il paziente, decidono di fare la segnalazione all'ARP per una curatela nel frattempo si riattivano gli aiuti domiciliari.
Al rientro al domicilio del Sig. R., il SACD ci contatta informandoci che, sia la moglie sia l'utente, non rispondono e loro non sanno cosa fare. Contattano l' AS del comune e per

[1] Servizio assistenza cure domiciliari

verificare la situazione dell'utente, che non sia stato male o altro, sono costretti a far intervenire la polizia. Successivamente, il paziente rientra in ospedale in seguito ad una caduta al domicilio e veniamo a conoscenza che la segnalazione non è ancora stata fatta ufficialmente. A questo punto, dato che il paziente si trova degente in ospedale, il Servizio Sociale in accordo col medico, invia una segnalazione ufficiale all'Autorità Regionale per istituire una curatela idonea al caso. Intanto il paziente vuole di nuovo tornare al domicilio e così li riattiviamo di tutti gli aiuti precedenti. Viene dimesso ma dopo due giorni è di nuovo in ospedale e pare ci siano fotografie dell'appartamento molto scioccanti. Il medico prende contatti, attraverso il nostro servizio, con il SACD, i quali hanno segnalato più volte il caso al comune e al servizio sociale. La decisione finale, dopo varie valutazioni mediche (pisco-fisiche) e sociali, è il trasferimento alla CPC di Mendrisio.

Caso 2

Il Sig. V. è un uomo di 88 anni che entra in ODL per un decadimento delle condizioni generali. È un paziente dializzato e settimanalmente viene in ospedale per il trattamento. Vive a casa con la moglie anche lei in condizioni precarie in quanto nota per una demenza senile. Il Sig. V. è padre di tre figlie ma nessuna di loro vive in Ticino, tutte e tre in Svizzera interna. Ha però una nipote che vive qui in Ticino con cui sporadicamente ha dei contatti.

La segnalazione è pervenuta dal medico assistente che in quei giorni aveva in carico il paziente; riferisce che egli ha una situazione precaria al domicilio e che la moglie non sia in grado di star da sola senza il marito e ci chiede di verificare con i famigliari. Chiamiamo una figlia quella che, a quanto pare, è più preoccupata della situazione. A suo avviso i due coniugi possono stare ancora a casa ma esclusivamente se accettano degli aiuti domiciliari. Precedentemente al ricovero sia il medico curante che una delle figlie avevano organizzato un servizio di cure a domicilio e una donna delle pulizie ma, dopo due giorni di intervento, i coniugi li hanno cacciati, dicendo che ce la avrebbero fatta autonomamente. Inoltre, dato che tutte e tre le figlie non possono stare vicino ai genitori, per loro sarebbe opportuno assegnare un curatore amministrativo. Questo perché il paziente, colui che si occupa dell'amministrazione coniugale, ha smesso da tempo di pagare la cassa malati, l'assicurazione dell'auto che, nonostante gli hanno portato via le targhe, girava lo stesso per il paese col mezzo. Anche nell'igiene personale trascura se stesso tutto perché sposta le sue attenzioni sulla moglie malata che non è più in grado di badare a se stessa. Quando le figlie o il medico curante tentano di dirgli qualcosa o proporre un aiuto lui si irrigidisce, arrabbiandosi molto, sostenendo che riesce a far da se, anche se poi non è realmente così. E' stato infine proposto un ricovero in casa anziani per la moglie o eventualmente, se non vuole separarsi da lei, per entrambi ma lui assolutamente non lo accetta. I medici hanno organizzato un consulto geriatrico per capire realmente se il paziente è in grado di intendere e di volere e il risultato infatti era buono. Le figlie e la nipote, però, sostengono che lui sia molto furbo; ha già fatto diverse volte questi test e sostengono che lui si ricordi le domande e di conseguenza risponda sempre abbastanza bene, poi però nella vita privata è un disastro. Dorme molto, trascura se stesso la casa e trascura le questioni amministrative e chiaramente le figlie chiedono un aiuto per entrambi.

Il servizio sociale ha esaminato la situazione con i parenti e i medici e dato ciò che è emerso sembra opportuno fare intervenire l'autorità regionale per una misura di protezione con una curatela amministrativa. Inviamo una segnalazione e organizziamo, su richiesta medica e in accordo con i parenti, il trasferimento in Clinica per una continuazione delle cure. Al rientro sarà opportuno riorganizzare un servizio di cure domiciliari accordando il consenso con il paziente e l'aiuto di terzi per le questioni amministrative.

L'incarico di tutto il nostro progetto è ormai passato nelle mani dell'assistente sociale della Clinica in quanto il nostro mandato una volta dimesso dall'ospedale, purtroppo viene a

cadere. Si rimane sempre a disposizione per eventuali indicazioni o necessità in quanto il lavoro in rete rimane fondamentale nel presente e nel futuro tanto quanto nelle azioni passate. Cerchiamo di offrire sempre un assistenza per quelle persone più fragili che, anche se non rientrano nel mandato attuale ma sono stati nostri utenti, necessitano di un accompagnamento e un po' di fiducia per poter compiere i loro "diritti" o "doveri".

Caso 3

Il Sig. G. è un uomo di 78 anni che entra in ODL per delle cadute accidentali recidivanti senza perdita di conoscenza, con un deficit cognitivo e malattia di Parkinson in evoluzione. Vive da solo ed è seguito saltuariamente dal SACD del comune di residenza. Dalle informazioni che siamo riusciti a ricavare sembra che amministrativamente non sia più autonomo ed è seguito infatti da una fiduciaria, di cui però non si conosce il nome e neppure l'esatto mandato. E' stato sposato due volte e con le due ex mogli non vi sono più contatti. Dal primo matrimonio è nato un figlio che non vive più in Svizzera con la madre. La seconda moglie, invece, vive nel comune vicino a quello del paziente con la quale ha due figli di cui uno adottato, perché nato da una precedente relazione della signora e vive fuori cantone, mentre l'altro vive qui in Ticino e di cui è in atto una misura di protezione con una curatela generale. Attualmente pare abbia una compagna ma che noi non siamo riuscite a rintracciare. Nessuno di loro sembra prendersi cura del padre e dell'ex compagno nonostante le sue condizioni psico-fisiche gravi, tranne la sorella anziana e molto malata. La nipote, figlia della sorella del paziente, preoccupata per lo zio e per le condizioni di salute della madre, ha già segnalato il caso in passato all'ARP di domicilio, ma l'autorità non ne è entrata in merito dicendo che avevano casi più urgenti di cui occuparsi. Inoltre lei lavora come curatrice per l'ARP e ritiene opportuna una misura di protezione in quanto per lei sarebbe un paziente da istituzionalizzare.

Secondo il parere medico il rientro a domicilio è impossibile, è caduto nei corridoi altre due volte e non è più in grado di intendere e di volere. Inoltre, durante la degenza in ospedale, è riuscito a scappare e la polizia l'ha ritrovato nel paese vicino in un supermercato completamente disorientato. Sono stati fatti degli accertamenti neurologici e geriatrici che confermano della gravi problematiche sociali dovute alla malattia parkinsoniana misto a demenza ed entrambi gli specialisti hanno suggerito una segnalazione all'ARP per un collocamento a scopo d'assistenza in casa anziani, in quanto i figli non vogliono interessarsi per lui.

Il servizio sociale, in accordo con i medici e i parenti, invia una segnalazione urgente all'ARP per istituire urgentemente una misura di protezione. Annuncia il paziente in Clinica e al [2]CAT per una continuazione delle cure al fine di assicurare un'assistenza al paziente cercando di tamponare i tempi di attesa della decisione dell'ARP. Inoltre invia una domanda d'ammissione preliminare per l'eventuale collocamento in casa anziani al fine di far conoscere la situazione del paziente e di prendere in considerazione un collocamento urgente.

---

[2] Centro per le cure acute transitorie

Caso 4

Si tratta dei coniugi P. entrambi di 90 anni. Entrano in ODL per delle cadute recidivanti della moglie che hanno portato ad una contusione dell'anca sinistra e il marito, con un decadimento generale, per il semplice fatto che da solo senza moglie non può stare. Inizialmente i coniugi vogliono tornare entrambi al domicilio e il medico è d'accordo ma in seguito si accorgono che sarebbe impossibile e loro stessi dicono che, solo pochi giorni, sarebbero rientrati in ospedale perché è lì dove vogliono stare. Decidono quindi di ricoverarli entrambi, lui a parere medico come "ricovero sociale". Sono seguiti dal servizio cure a domicilio [3]ALVAD e ricevono i pasti dalla Pro senectute. La moglie si mobilizza grazie ad un deambulatore e lui, a fatica ma ancora autonomamente. La situazione a domicilio è molto fragile, entrambi riescono a fare ancora poco da soli e anche secondo gli infermieri del SACD sarebbero entrambi da casa anziani. In questi ultimi tempi sono stati ricoverati entrambi, per le stesse problematiche, molte volte senza avere successi. Trasferiti al [4]CAT il medico responsabile trova impossibile un rientro al domicilio in quanto le condizioni dei coniugi sono troppo labili. I pazienti però vogliono tornare assolutamente a casa e in accordo con la struttura li riattiviamo gli aiuti e i pasti a domicilio. Dopo pochi giorni, infatti, rientrano in ODL e da lì si decide per far intervenire l'autorità regionale di protezione per entrambi i coniugi.

Il servizio sociale si avvia così ad indagare sulla situazione socio-famigliare dei pazienti e a quanto pare i due non hanno figli. Come riferimento c'è una vicina di casa che pare gli offre aiuto per le spese e le pulizie domestiche. Hanno un avvocato di riferimento il quale non può dare molte informazioni a causa del segreto professionale ma ci informa che i coniugi hanno depositato delle volontà e che amministrativamente lui da una mano ma è ancora tutto in mano loro. Anche l'avvocato, sentendo le condizioni dei pazienti, fa intendere che una curatela generale sarebbe la soluzione ideale. Veniamo a conoscenza che i coniugi P. sono originari della Spagna ma cresciuti entrambi nei Paesi Bassi. Sono in Svizzera da molti anni con un permesso di tipo "C" e parenti o amici o sono deceduti o si trovano in Spagna o in Olanda. Infatti, dopo breve tempo, chiama al servizio sociale un uomo che dice di essere il nipote dei pazienti, vive in Spagna ed è venuto qui appena ha saputo la situazione compromessa degli zii. Racconta che lui si prende cura di loro dalla Spagna e che è l'unico che si sia mai interessato ai due coniugi. Appena arriva in Svizzera inizia subito delle ricerche per capire la situazione finanziaria degli zii. Scopre che hanno qualche pagamento in sospeso e vuole provvedere lui e chiede a noi di poterci autorizzare ai pagamenti. Il servizio sociale rifiuta di fare una procura "provvisoria" al nipote per dei pagamenti in quanto, grazie alla collaborazione con l'ARP, medici e l'avvocato, si scopre che il nipote sembra avere mali intenzioni. Risulta col tempo molto insistente e vuole portare i pazienti via con lui. Suggerisce una casa anziani in Olanda o in Spagna, ma il

---

[3] Associazione Locarnese Valmaggiese aiuti domiciliari
[4] Centro cure acute transitorie

viaggio è troppo lungo per le condizioni dei due pazienti. Si offre anche per poter fare loro il curatore, ma non avendo cittadinanza svizzera o permesso, non lo può fare. Nel frattempo avviamo la segnalazione all'ARP che, data la situazione, interviene molto velocemente assegnando ai coniugi una curatela generale. La moglie purtroppo decede, quanto pare i medici dicono che ha deciso lei, smettendo di mangiare, bere e si è lasciata morire. Il marito sembra a tratti soffrire per la moglie e a tratti sembra non sapere ciò che sta succedendo. Dice che il nipote lui non l'ha mai visto in vita sua e ciò lo conferma anche l'amica vicina di casa.

Una volta assegnato il curatore ai coniugi P., egli stesso ci avvisa di fare molta attenzione al nipote, perché quanto pare le sue intenzioni erano proprio d'interesse finanziario. Infatti i coniugi hanno una situazione economica molto privilegiata e il nipote sembra che ne fosse a conoscenza. E' stato in banca per poter prelevare dei soldi con la scusa di organizzare il funerale della zia e per poter collocare lo zio in casa anziani, ma le somme non coincidevano. Inoltre, con una curatela ufficiale, lui non ha più alcun diritto o potere di decisione per loro. Il nipote risulta ancora più scocciato, insultando tutto e tutti. In accordo con il paziente si decide per un collocamento in casa anziani e dato la situazione economica favorevole, si decide per un istituto privato. Viene trasferito appena dopo il funerale della moglie e sembra esser sereno. Qualche tempo più tardi veniamo contattati dalla casa anziani per sapere se per caso il Signor P. sia entrato di nuovo da noi in ospedale a loro insaputa. Controlliamo e il paziente non è più entrato. Dopo una serie di ricerche veniamo a sapere che il nipote è tornato in Ticino per una visita allo zio e, con la scusa di un congedo, pare l'abbia rapito e portato in Spagna.

Purtroppo non sappiamo poi realmente come si sia infine conclusa questa vicenda ma questo caso evidenzia bene come sia a volte fondamentale e meglio se tempestiva, una decisione dell'ARP a favore di una persona.

Allegato n°2

Esempio lettera segnalazione ARP:

Servizio Sociale

Tel. *091 811*
Fax *091 811*

Spettabile
Autorità Regionale di Protezione n°
Via
NAP Città

Ns.rif.: 42101..

Locarno, 5 giugno 2015

Nome e cognome – data di nascita - domicilio

Egregi signori,
con la presente segnaliamo alla vostra attenzione il signor G., degente presso il nostro ospedale dal 23 maggio a lunedì 8 giugno 2015, data di trasferimento presso il CAT di Cevio.
Il signor G. vive da solo ed è seguito saltuariamente dai SACD.
Per quanto riguarda l'aspetto amministrativo, viene seguito da una fiduciaria di cui però non conosciamo il nome e neppure l'esatto mandato.
E' stato sposato 2 volte e con le due ex mogli non vi è più alcun contatto. Dal primo matrimonio è nato un figlio che vive in un altro Paese EU con la madre. La seconda moglie vive nel comune vicino al Sig. G. Uno dei loro figli (adottato perché nato da una precedente relazione della signora), non vive più in Svizzera mentre per l'altro figlio è stata istituita una misura di protezione.
Durante la degenza ospedaliera vi sono state 2 valutazioni mediche. Il Dr. med. G. e il Dr. med. F. ritengono entrambi che la situazione di salute del signor G. non gli permette di rientrare al domicilio e propongono la soluzione di una struttura protetta di lungo degenza. Tale soluzione non viene accettata dal paziente e i figli non sembrano interessarsene.
Come certificato anche dal nostro medico assistente crediamo opportuna una segnalazione presso la vostra Autorità per l'istituzione di una misura di protezione a favore del nostro paziente.
Ringraziamo già sin d'ora per la collaborazione e restiamo a disposizione per ulteriori indicazioni.
Cordiali saluti

Allegato: certificato medico

Servizio Sociale ODL

Allegato n° 3 **ANALISI DEI CASI**

CASI INFORMAZIONI	Sig. R.	Sig. V	Sig. G	Sig. a P. CONIUGI	Sig. P
Segnalazione al servizio sociale	- medico di riferimento - SACD	- medico di riferimento - reparto	- medico di riferimento - nipote	- medico del Pronto soccorso	- medico del Pronto soccorso
Età e sesso paziente	Uomo di 77 anni	Uomo di 88 anni	Uomo di 78 anni	Donna di 90 anni	Uomo di 90 anni
Diagnosi	- Decadimento delle condizioni generali - Sospetta cirrosi epatica di origine etiltossica - Difficoltà uditive	- Decadimento delle condizioni generali - Linfoma anaplastico - leucemia linfatica cronica - Insufficienza renale cronica	- Cadute accidentali recidivanti senza perdita di conoscenza - Deficit cognitivo - Malattia di Parkinson in evoluzione	- trauma contusivo all'anca sinistra - cadute recidivanti di possibile origine multifattoriale	- noto per cecità all'occhio sinistro in esiti di trombosi retinica - artrite reumatoide,
Capacità di discernimento	Difficile da valutare, malattia PSI dovuta all'abuso di alcool, a tratti lucido	Difficile da valutare a tratti confuso altri lucido	NO, gravi problematiche sociali dovute alla malattia parkinsoniana misto a demenza	Difficile da valutare a tratti confusa ma ha depositato delle volontà	Difficile da valutare molto confuso ma ha depositato delle volontà
Situazione Economica	- AVS - PC	- AVS	- AVS	- AVS	- AVS
Aiuti attivi	- SACD - Pro senectute per pasti - Seguito AS comune	- SACD da figlie e medico curante ma annullati dal paziente	- SACD, saltuariamente - Seguito amministrativa-mente da una fiduciaria	- Avvocato per questioni amministrative - SACD - Pro Senectute - Aiuto privato per economia domestica	- Avvocato per questioni amministrative - SACD - Pro Senectute - Aiuto privato per economia domestica

Allegato n° 3 **ANALISI DEI CASI**

Richiesta	- Segnalazione ARP curatela generale	- Segnalazione ARP per curatela amministrativa - Attivazione SACD	- Segnalazione ARP per un collocamento a scopo d'assistenza	- Segnalazione tempestiva ARP per curatela generale	- Segnalazione tempestiva ARP per curatela generale - Collocamento CpA
Persone di riferimento	- Ex compagna alcolista - Fratelli vivono all'estero	- 3 figlie che vivono fuori cantone (vorrebbero SACD ed ev. curatela) - Nipote in TI	- Sorella - Nipote - due ex mogli e due figli con i quali non ha contatti	- Vicina di casa (amica e aiuto) - Cognata che vive all'estero - Nipote - Avvocato	- Vicina di casa (amica e aiuto) - Cognata che vive all'estero - Nipote - Avvocato
Problematiche sociali	- Vive solo in cattive condizioni - Insorgere malattia PSI - Diversi interventi polizia cause molteplici - Effetto "porta girevole" in ODL - Non costante con SACD - Situazione di fragilità	- Vive con la moglie anche lei in situazioni precarie (malata) - Rapporto di dipendenza tra i coniugi - Ha smesso di pagare cassa malati, assicurazione auto, sequestro targhe ma lui circola lo stesso con il mezzo - Trascura se stesso (igiene personale, casa, amministrazione etc.) per badare alla moglie - Non collaborante	- Scarsa rete primaria - Figlio con una misura di protezione generale - Vive solo - Non è più in grado di intendere e di volere - Insorgere di varie problematiche sociali dovute alla malattia Parkinsoniana	- Vive al domicilio con il marito, anche lui in condizioni precarie - Famigliari e parenti estero, paziente non svizzera con permesso "C" - Paziente decede - Rapporto di dipendenza dal marito	- vive al domicilio con l'assistenza della moglie (rapp.dipendenza), ospedalizzata, che viene ricoverato nell'ambito di tale contesto sociale. - Famigliari e parenti estero, paziente non svizzero con permesso "C" - Marito rimane vedovo - Collocamento Casa Anziani con curatela generale.

Movimento della popolazione – Dati, indicatori Speranza di vita

La speranza di vita alla nascita rappresenta la durata media di vita di una generazione fittizia se fosse soggetta, a ogni età alle condizioni di mortalità dell'anno considerato. Per quanto riguarda la speranza di vita ad un'età x, essa rappresenta il numero medio di anni che restano da vivere a una persona che ha appena raggiunto una determinata età, se fosse soggetta a ogni età alle condizioni di mortalità dell'anno considerato. Attualmente la speranza di vita alla nascita à in Svizzera une delle più elevate al mondo, conseguenza di un forte aumento avvenuto nel corso del ventesimo secolo. Dal 1900, è passata da 46,2 a 81,0 anni per gli uomini e da 48,8 a 85,2 anni per le donne. Tuttavia, si nota un rallentamento progressivo di questa evoluzione. La differenza tra i due sessi si riduce a partire dagli anni novanta e si attesta nel 2014 a 4,2 anni.

Speranza di vita

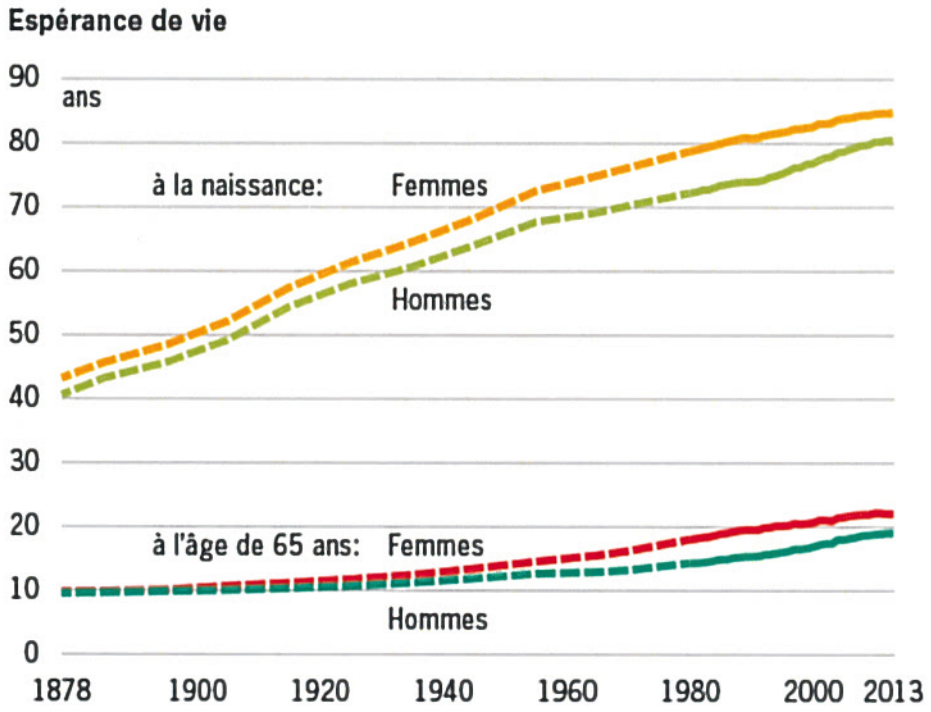
Numero medio di anni che restano a vivere

	1981	1991	2001	2010	2011	2012	2013	2014
Alla nascita								
Uomini	72.4	74.1	77.4	80.2	80.3	80.5	80.5	81.0
Donne	79.2	81.2	83.1	84.6	84.7	84.7	84.8	85.2
A 30 anni								
Uomini	44.5	46.1	48.7	50.9	51.1	51.2	51.4	51.7
Donne	50.4	52.2	53.8	55.2	55.3	55.2	55.3	55.7
A 50 anni								
Uomini	26.0	27.7	29.9	31.8	32.0	32.1	32.2	32.5
Donne	31.3	33.1	34.5	35.8	35.9	35.7	35.8	36.2
A 65 anni								
Uomini	14.3	15.6	17.3	18.9	19.0	19.1	19.1	19.4
Donne	18.2	19.8	21.1	22.2	22.2	22.1	22.1	22.4
A 80 anni								
Uomini	6.2	6.8	7.6	8.4	8.4	8.4	8.4	8.6
Donne	7.6	8.7	9.4	10.2	10.1	10.0	10.0	10.3

Fonte: ESPOP, STATPOP, BEVNAT

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/it/index/themen/01/06/blank/key/04/04.html

La popolazione valuta il suo stato di salute in gran parte positivo : alla Indagine sulla salute in Svizzera condotto nel 2012, l'84% degli uomini e il 81 % delle donne considerate ad essere in buona o ottima salute . Solo il 4 % degli uomini e il 4 % delle donne ha dichiarato di essere in cattive o molto cattive condizioni di salute .



http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/01/pan.html

Allegato n°5

4 Maggio 2015

Intervista AS ODL

Sig.a Valentina Terzi, Assistente sociale Pro Senectute

1.Qual è l'utenza del servizio sociale , tipologia di casistica, quali le problematiche attuali? Qual è l'età media dei pazienti segnalati?

Il servizio sociale dell'Ospedale "La Carità" di Locarno interviene su richiesta dei pazienti degenti o ambulanti dell'Ospedale, su segnalazione del medico ospedaliero o del personale curante, dei famigliari, di terze persone o servizi presenti sul territorio.

Le segnalazioni giungono soprattutto dai reparti di medicina interna e chirurgia, trattasi quindi principalmente di pazienti "anziani", persone che superano i 65 anni.

2.Quali sono gli obiettivi del servizio sociale?

Il compito più frequente dell'assistente sociale ospedaliero consiste nell'organizzare la dimissione del paziente. Nello specifico può trattarsi di trasferimenti presso altri istituti di cura, di rientri a domicilio e, quando il rientro a domicilio non è possibile, di collocamenti in istituti per persone anziane.

Considerando che la pianificazione e l'attuazione di tali interventi richiede del tempo, una segnalazione *tempestiva* al servizio sociale permette di pianificare dimissioni il più possibile in accordo con i tempi e le modalità previste dal medico, ritenute anche le esigenze di organizzazione interna dell'ospedale in merito alla disponibilità di posti.

L'obiettivo principale del servizio sociale è quello di *ridurre i tempi di degenza* dei pazienti, offrendo nel contempo alternative valide e rassicuranti ai pazienti e ai loro famigliari e favorendo una dimissione serena e una buona qualità di vita al domicilio.

3.Quest'ultimi possono influire rispetto alla durata della degenza e / o ri ospedalizzazioni ?

L'intervento tempestivo dell'assistente sociale, come già detto, può accelerare i tempi di dimissione del paziente. Ci si auspica che l'esito della riduzione dei tempi di degenza non sia l'effetto "porta girevole", ovvero la riammissione a breve termine del paziente appena dimesso. Ogni tanto ciò accade, ma si cerca di costruire dimissioni il più possibile "complete", volte a favorire la permanenza al domicilio.

4.Quale procedura attua il Servizio Sociale dell'ODL quando un pz deve essere segnalato all'ARP?

Generalmente il Servizio sociale, su segnalazione medica, coinvolge le varie parti (paziente se orientato, famigliari se presenti, ev. medico curante, servizi attivi al domicilio, ecc.) per avere un quadro preciso della situazione al domicilio e del contesto del paziente.
Il medico prepara poi un certificato medico, che consegna al Servizio sociale. In possesso del certificato gli assistenti sociali redigono una lettera d'accompagnamento per l'Autorità Regionale di Protezione, dove descrivono la situazione.
Quando i documenti sono completi vengono inviati all'ARP di riferimento del paziente.

5.Da chi arrivano le segnalazioni?

Nella maggior parte dei casi dai medici ospedalieri. Talvolta anche dalla rete primaria del paziente (famigliari) o dai servizi professionali attivi al domicilio (SACD, medico curante ecc.).

Le segnalazioni possono pervenire dal medico ospedaliero

6.Perché?

La segnalazione arriva dal medico ospedaliero quando il paziente è ricoverato in Ospedale e la situazione implica che venga segnalato durante la degenza, quindi in tempi brevi.

7.Quando un pz viene segnalato all'ARP?

Quando non è più in grado di provvedere a se stesso e/o ai propri interessi, quando necessita di assistenza amministrativa/gestionale, di aiuto e di "protezione".
Può anche venire segnalato per un' incapacità temporanea di discernimento o la totale assenza di essa.

8.Quali sono i segnali che fanno emergere i casi a rischio?

-Frequenti ospedalizzazioni
-Pazienti isolati e privi di rete primaria (stato di abbandono, isolamento,...)
-Situazioni precarie al domicilio
-Problemi di dipendenze (alcool,..), ingestibilità
-Decadimenti delle condizioni generali e patologie legate all'invecchiamento
-Disabilità mentali e problematiche psichiatriche.

9.Quali sono le motivazioni principali per procedere con una segnalazione all'ARP?
Vedi sopra.

11.Trovi ci siano dei miglioramenti dall'ultima modifica della legge sulla protezione dell'adulto? Lacune?
Le modifiche di legge, entrate in vigore il 1.1.2013, propongono delle curatele combinabili tra loro salvo la "curatela di rappresentanza" (misura più incisiva).
Le nuove curatele sono pensate "a misura di utente" adattabili ai singoli casi, dove si presuppone che lo stato intervenga il meno possibile e si cerca di conservare e promuovere l'autodeterminazione della persona. Dedicano inoltre particolare attenzione ai legami familiari ed affettivi degli utenti, istituendo ad esempio per legge una rappresentanza della persona incapace da parte del coniuge o del partner registrato. Credo dunque ci sia stato un grande miglioramento.

12.Una volta che al pz viene segnalato un curatore, hai notato se la situazione del pz stesso effettivamente subisce un miglioramento?
Dal momento che il paziente lascia l'Ospedale, raramente veniamo informati in merito all'evolversi della situazione. Spesso quindi, dopo una segnalazione, si perdono le tracce del lavoro svolto, a meno che il paziente rientri in ospedale. In questo caso la persona di riferimento sarà il curatore assegnato e quindi capiamo che l'intervento dell'ARP è stato fatto.

13.Secondo te quali strategie potrebbero venire ancora messe in atto?
Dal momento della segnalazione all'ARP, alla decisione ufficiale (nomina di un curatore), spesso intercorre parecchio tempo. Capita che il paziente, in questo lasso di tempo, rientri in ospedale diverse di volte. Sono quindi dell'avviso che delle decisioni più "immediate" da parte dell'Autorità potrebbero giovare agli utenti, così come alla rete sociale del paziente

14.La collaborazione interna con PROSENECTUTE trovi possa portare beneficio nell'ambito delle curatele?
Quando un paziente degente in Ospedale è già seguito da un AS delle sedi regionali di Pro Senectute avviene uno scambio di informazioni, utile ad una presa a carico più completa da parte nostra. Quando un paziente, già da loro seguito, deve invece essere segnalato all'ARP, la segnalazione nella maggior parte dei casi viene fatta da loro, poiché conoscono meglio e da più tempo i pazienti.

15. Come si rapporta l'AS ospedaliero con i vari servizi coinvolti e con il sorgere di eventuali problematiche (ricoveri sociali)?

Nel momento del ricovero del paziente l'Assistente sociale verifica la sua situazione sociale al domicilio con i vari servizi attivi (aiuto domiciliare, medico curante,...) o persone a lui vicine se presenti (famigliari, amici, vicini di casa,..). Una volta chiarito il suo contesto interviene cercando di rafforzare e migliorare tutti i supporti attivi, il tutto affinché il "ricovero sociale" non si rimanifesti.

Legge sull'organizzazione e la procedura in materia di protezione del minore e dell'adulto[1]

(dell'8 marzo 1999)

IL GRAN CONSIGLIO
DELLA REPUBBLICA E CANTONE TICINO

- visto il messaggio 1° luglio 1998 no. 4775 del Consiglio di Stato,
- visto il rapporto 12 febbraio 1999 no. 4775 R della Commissione della legislazione,
- richiamato l'art. 361 CCS e la legge di applicazione e complemento del CCS;

decreta:

- **CAPITOLO I**
  Disposizioni generali

- **Informazione e segnalazioni**

Art. 5 [1]Ogni autorità giudiziaria o amministrativa, gli organi di polizia, i funzionari ed i pubblici dipendenti, anche se vincolati dal segreto d'ufficio, sono tenuti a comunicare all'autorità di protezione i casi che richiedono un suo intervento ed a trasmettere le informazioni rilevanti per l'adozione di eventuali misure di protezione.[7]

- [2]Sono riservati eventuali interessi pubblici preponderanti.

Codice Civile svizzero:

Obbligo di collaborare e assistenza amministrativa:

Art. 448
1 Le persone che partecipano al procedimento e i terzi sono tenuti a collaborare all'accertamento dei fatti. L'autorità di protezione degli adulti prende le disposizioni necessarie per la salvaguardia di interessi degni di protezione. Se necessario, ordina l'esecuzione coattiva dell'obbligo di collaborare.
2 I medici, i dentisti, i farmacisti, le levatrici e i loro ausiliari sono tenuti a collaborare soltanto se sono stati autorizzati a farlo dal titolare del segreto o se, su richiesta dell'autorità di protezione degli adulti, l'organo loro preposto li ha liberati dal segreto professionale.
3 Non sono tenuti a collaborare gli ecclesiastici, gli avvocati, i difensori e i mediatori, nonché gli ex curatori che avevano patrocinato l'interessato nel procedimento.
4 Le autorità amministrative e giudiziarie consegnano gli atti necessari, fanno rapporto e forniscono informazioni, sempre che non vi si oppongano interessi degni di protezione.

Generi di curatela:

Art. 393
1 Se la persona bisognosa di aiuto necessita di un sostegno per provvedere a determinati affari, con il suo consenso è istituita un'amministrazione di sostegno.
2 L'amministrazione di sostegno non limita l'esercizio dei diritti civili dell'interessato.

Art. 394
1 Se la persona bisognosa di aiuto non può provvedere a determinati affari e deve pertanto essere rappresentata, è istituita una curatela di rappresentanza.
2 L'autorità di protezione degli adulti può limitare di conseguenza l'esercizio dei diritti civili dell'interessato.
3 Anche se non sono posti limiti al suo esercizio dei diritti civili, l'interessato è obbligato dagli atti del curatore.

Art. 395
1 Se istituisce una curatela di rappresentanza per l'amministrazione dei beni, l'autorità di protezione degli adulti designa i beni che devono essere amministrati dal curatore. Può porre sotto amministrazione del curatore determinati elementi del reddito o del patrimonio, l'intero reddito o l'intero patrimonio o l'insieme di reddito e patrimonio.
2 Salvo che l'autorità di protezione degli adulti disponga altrimenti, i poteri d'amministrazione del curatore si estendono anche ai risparmi realizzati sul reddito o alle rendite maturate sul patrimonio.
3 L'autorità di protezione degli adulti può privare l'interessato dell'accesso a dati beni senza limitarne l'esercizio dei diritti civili.
4 Se vieta all'interessato di disporre di un fondo, ne ordina la menzione nel registro fondiario.

Art. 396
1 Una curatela di cooperazione è istituita se occorre che il curatore acconsenta a determinati atti della persona bisognosa d'aiuto, per proteggerla.
2 L'esercizio dei diritti civili dell'interessato è limitato di conseguenza per legge.

Art. 397
L'amministrazione di sostegno e le curatele di rappresentanza e di cooperazione possono essere combinate.

Art. 398
1 Una curatela generale è istituita se una persona ha un particolare bisogno d'aiuto, segnatamente a causa di durevole incapacità di discernimento.
2 La curatela generale comprende tutto quanto concerne la cura della persona e degli interessi patrimoniali e le relazioni giuridiche.
3 L'interessato è privato per legge dell'esercizio dei diritti civili.

Curatela di rappresentanza in caso di provvedimenti medici

Art. 377
1 Se una persona incapace di discernimento deve ricevere un trattamento medico sul quale non si è pronunciata in direttive vincolanti, il medico curante definisce il trattamento necessario in collaborazione con la persona che ha diritto di rappresentarla in caso di provvedimenti medici.
2 Il medico informa la persona con diritto di rappresentanza su tutte le circostanze essenziali riguardo ai provvedimenti medici previsti, in particolare sui motivi, l'obiettivo, il genere, le modalità, i rischi, gli effetti secondari e i costi dei provvedimenti, sulle conseguenze di un mancato trattamento nonché su eventuali trattamenti alternativi.
3 Per quanto possibile, la persona incapace di discernimento è coinvolta nel processo decisionale.
4 Il piano terapeutico è adeguato in funzione degli sviluppi della situazione.

Art. 378
1 Le seguenti persone hanno diritto, nell'ordine, di rappresentare la persona incapace di discernimento e di dare o rifiutare il consenso per i provvedimenti ambulatoriali o stazionari previsti:
1. la persona designata nelle direttive del paziente o nel mandato precauzionale;
2. il curatore con diritto di rappresentanza in caso di provvedimenti medici;
3. il coniuge o partner registrato che vive in comunione domestica con la persona incapace di discernimento o le presta di persona regolare assistenza;
4. la persona che vive in comunione domestica con la persona incapace di discernimento e le presta di persona regolare assistenza;
5. i discendenti, se prestano di persona regolare assistenza alla persona incapace di discernimento;
6. i genitori, se prestano di persona regolare assistenza alla persona incapace di discernimento;
7. i fratelli e le sorelle, se prestano di persona regolare assistenza alla persona incapace di discernimento.
2 Se più persone hanno diritto di rappresentanza, il medico di buona fede può presumere che ciascuna agisca di comune accordo con le altre.
3 Se mancano istruzioni nelle direttive del paziente, la persona con diritto di rappresentanza decide secondo la volontà presumibile e conformemente agli interessi della persona incapace di discernimento

Art. 379
Nelle situazioni d'urgenza il medico prende provvedimenti medici conformi alla volontà presumibile e agli interessi della persona incapace di discernimento.
Art. 380

Il trattamento in una clinica psichiatrica della turba psichica di una persona incapace di discernimento è retto dalle disposizioni sul ricovero a scopo di assistenza.

Art. 381

1 L'autorità di protezione degli adulti istituisce una curatela di rappresentanza se non vi è una persona con diritto di rappresentanza o se la stessa non vuole esercitare il suo diritto.

2 L'autorità di protezione degli adulti designa la persona con diritto di rappresentanza o istituisce una curatela di rappresentanza se:

1. è incerto a chi spetti la rappresentanza;
2. i pareri delle persone con diritto di rappresentanza divergono;

o

3. gli interessi della persona incapace di discernimento sono esposti a pericolo o non sono più salvaguardati.

3 L'autorità di protezione degli adulti interviene su domanda del medico, di un'altra persona vicina o d'ufficio.

Il segreto professionale degli operatori sanitari e sociali nel Canton Ticino

Mario Branda[*]

1. Premessa
2. Natura e scopo
2.1. Definizione
2.2. Scopo
2.3. Contenuto
3. Persone obbligate al segreto e norme applicabili
3.1. Operatori sanitari
3.2. Operatori sociali
4. La violazione del segreto professionale
4.1. Elementi costitutivi
4.2. Eccezioni
4.3. Il segreto vale nei confronti del paziente/utente?
5. Durata del segreto professionale
6. La rivelazione legale del segreto
6.1. Il consenso alla rivelazione del segreto
6.2. Altri motivi giustificativi
7. Le conseguenze della violazione del segreto
7.1. In diritto penale
7.2. In diritto civile
7.3. Misure disciplinari

1. Premessa

L'obbligo del segreto per il personale medico-sanitario e sociale è regolato in norme generali o particolari (al settore) sia in diritto federale che cantonale. Le prescrizioni applicabili al campo sociale e a quello sanitario non sono però del tutto coincidenti, ragione per cui sarà necessario distinguere le une dalle altre. Comuni sono invece certamente i principi etici che le norme sul segreto professionale sottendono e gli inevitabili interrogativi circa la portata ed il significato di questo dovere. Il segreto professionale è garantito esplicitamente all'art. 321 del Codice penale svizzero (CPS), norma che punisce la divulgazione di informazioni confidenziali da parte di determinate categorie di

[*] Avvocato, capo dell'Ufficio di vigilanza sulle tutele.

professionisti (medici, avvocati, notai, ecclesiastici, ecc.): nel linguaggio comune si parla però sovente di segreto professionale anche per altre attività non contemplate dall'art. 321 CPS. Il testo che segue ne tiene conto e, dove necessario, propone le opportune distinzioni.

2. Natura e scopo

2.1. Definizione

In termini generali il "segreto professionale" può essere definito come l'obbligo di non divulgare informazioni riservate sul conto di una terza persona – nella fattispecie paziente o utente – di cui si è venuti a conoscenza nell'esercizio della propria professione.

2.2. Scopo

Le norme sul "segreto professionale" perseguono più scopi tra cui spicca per importanza la protezione della *sfera privata* del paziente o utente[1]; il segreto "serve" quindi anche a mettere la persona nella condizione di aprirsi all'interlocutore senza temere una divulgazione delle informazioni – sovente delicate – necessarie ad una corretta esecuzione del mandato sociale o sanitario. Specialmente in ambito medico-sanitario si ritiene che la creazione di un rapporto di fiducia – cui sottende ovviamente la certezza della discrezione dell'operatore – costituisca una condizione imprescindibile dell'efficacia dell'intervento terapeutico.
Indirettamente le norme sul segreto sono pure volte a garantire il corretto esercizio di professioni considerate di interesse pubblico quale, appunto, quella medico-sanitaria[2]. Il *segreto d'ufficio* è, dal canto suo, inteso a tutelare sia il regolare adempimento dei compiti dell'autorità[3] che la sfera privata del cittadino[4].

2.3. Contenuto

2.3.1. Operatori sanitari

Nel caso del personale sanitario l'obbligo del segreto[5] concerne tutti i fatti e tutte le circostanze afferenti la sfera privata del paziente, conosciute o accessibili solo ad una cer-

---

1 In questo senso vedi anche l'art. 20 cpv. 1 della Legge cantonale sulla promozione della salute.
2 *Jörg Rehberg*, Strafrecht IV, 2a edizione, pag. 428; *Stefan Trechsel*, Kurzkommentar StGB, ad art. 321, n. 1 con rinvii.
3 *Rehberg*, op. cit., pag. 419.
4 *Trechsel*, op. cit., ad art. 320 n. 1.
5 L'art. 20 cpv. 2 della Legge sulla promozione della salute (in seguito LSan) parla di *segreto sanitario* in luogo di segreto medico: il concetto e la portata di quest'obbligo coincide sostanzialmente con quello previsto all'art. 321 CPS (vedi Messaggio CdS del 16 settembre 1986, pag. 40).

chia limitata di persone e su cui il titolare vanta un interesse a mantenere il riserbo. Sono quindi soggette al dovere di discrezione tutte le informazione riguardanti lo stato di salute della persona, ma anche quelle concernenti la sua situazione personale, economica o familiare rivelate al medico (o ai suoi ausiliari) *nell'esercizio della sua professione* dal paziente stesso o da terzi (parenti, conoscenti, organi della tutela, ecc.)[6]. Il dovere di discrezione protegge ovviamente le constatazioni e valutazioni del medico concernenti lo stato di salute del paziente (diagnosi, prognosi, trattamento); sono però anche coperte dal segreto semplici supposizioni o sospetti che successivamente si rivelano infondati[7]; il fatto stesso di essere in cura da un certo medico o ospite di una determinata clinica[8]. Di principio l'informazione medica non è invece soggetta al segreto, se la persona cui si riferisce non è personalmente identificabile[9].

2.3.2. Operatori sociali

L'obbligo di discrezione riguarda, come per il segreto medico-sanitario, tutto quanto l'utente ha rivelato a titolo confidenziale all'operatore (sua situazione economica, relazioni personali, salute, opinioni politiche o religiose, ecc.). Anche in questo caso è confidenziale l'informazione che, di principio, è accessibile solo ad una cerchia limitata di persone. Il carattere confidenziale dell'informazione può risultare da una dichiarazione esplicita dell'interessato, ma anche tacitamente[10]. Il segreto non comprende solo quanto l'utente ha comunicato all'assistente sociale, ma tutto ciò di cui l'operatore è venuto a conoscenza nell'esercizio della propria funzione volutamente o per caso (per esempio con una visita domiciliare, la consultazione di un documento giudiziario riguardante un'altra persona, ecc.).

3. Persone obbligate al segreto e norme applicabili

3.1. Operatori sanitari

Il dovere di discrezione degli operatori sanitari è codificato, a dipendenza dei casi, in norme del CPS, della Legge federale sulla protezione dei dati personali (LPD), del diritto civile, in norme del diritto pubblico cantonale o in norme deontologiche che disciplinano l'esercizio della professione in questione.

---

6 *Philippe Meier*, La confidentialité des informations médicales dans le cadre des activités tutélaires, Rivista di diritto tutelare (RDT) 1996 pag. 211 con rinvii.
7 *Rehberg*, op. cit., pag. 420.
8 *Trechsel*, op. cit., ad art. 321, n. 18.
9 *Trechsel*, op. cit., ad art. 321 n. 21.
10 *Max Hess*, L'operatore sociale e il segreto professionale in Svizzera, RDT 1976, pag. 60.

3.1.1. Diritto penale

3.1.1.1. Il segreto professionale (art. 321 CPS)

A livello federale l'art. 321 del CPS sanziona con la multa o la detenzione la violazione del segreto professionale che, tra altri, comprende quello *medico*. La norma obbliga al segreto i medici, i dentisti, i farmacisti, le lavatrici ed i loro ausiliari. In questo caso con il termine di *medico* si intende una persona esercitante la propria attività sulla base di una formazione accademica in medicina. Sono invece *ausiliari* tutti i collaboratori che operano sotto la direzione, vigilanza o su mandato di un medico; possono quindi essere ausiliari ai sensi dell'art. 321 CPS lo psicologo, il pedagogo, il fisioterapista, l'*assistente sociale*, l'infermiere, il personale di laboratorio, le segretarie, ecc.[11/12]. Sono parimenti punibili in base all'art. 321 cpv. 2 CPS gli studenti in medicina che rivelano un segreto di cui hanno avuto notizia nel corso dei loro studi.

3.1.1.2. Il segreto d'ufficio (art. 320 CPS)

Se la persona è membro di un'autorità o se si tratta di un funzionario di una pubblica amministrazione è (pure) applicabile l'art. 320 CPS che punisce con la multa o con la detenzione la violazione del *segreto d'ufficio*. La norma è applicabile anche a chi esercita una funzione pubblica provvisoria qual è, per esempio, quella di un medico chiamato ad allestire una perizia per conto di un'autorità o di una persona impiegata per un tempo limitato o per uno stage di formazione.

3.1.1.3. Altre norme / Legge sulla protezione dei dati personali

Sempre sul piano del diritto federale sono inoltre applicabili gli art. 321bis CPS (concernente il segreto professionale nel campo della ricerca medica), l'art. 15 cpv. 2 della Legge federale sugli stupefacenti (LS) o ancora l'art. 4 della Legge sull'aiuto alle vittime di reati[13], ma anche e soprattutto l'art. 35 Legge federale sulla protezione dei dati personali (LPD). La norma sanziona *chiunque* intenzionalmente rivela in modo illecito dati personali segreti e degni di particolare protezione o profili della personalità dei quali è venuto a conoscenza nell'esercizio di una professione che richiede la conoscenza di tali dati. In base all'art. 35 è inoltre punibile chiunque rivela dati personali segreti di cui è venuto a conoscenza nell'ambito dell'attività svolta per conto della persona astretta all'obbligo del segreto o in occasione della sua formazione presso tale persona.

---

11 *Trechsel*, op. cit., ad art. 321 n. 13.

12 L'art. 15 del Regolamento cantonale sull'esercizio delle arti sanitarie maggiori (RL 6.1.1.1.3) stabilisce che i funzionari ed i privati che per ragioni amministrative vengono a conoscenza di segreti medico-sanitari sono considerati ausiliari ai sensi dell'art. 321 CPS.

13 Applicabile ai membri dei consultori o, nel Canton Ticino, delle Unità di intervento regionali.

Se l'operatore sanitario agisce quale *ausiliario* (per incarico) di un organo della tutela egli è inoltre soggetto al *segreto tutorio*[14].

3.1.2. Diritto civile

La corretta esecuzione del mandato medico-sanitario presuppone di principio il rispetto del segreto sulle informazioni confidate dal cliente-paziente. L'eventuale divulgazione può comportare la violazione del dovere di diligenza e fedeltà dovuta al paziente e, di conseguenza, impegnare la responsabilità dell'operatore sanitario (art. 398 Codice delle obbligazioni).

3.1.3. Diritto cantonale

Nel canton Ticino il segreto professionale del personale sanitario è inoltre sancito e regolato all'art. 20 della Legge sulla promozione della salute e, per i dipendenti pubblici cantonali, all'art. 29 della Legge sull'ordinamento degli impiegati dello Stato e dei docenti (LORD). Il segreto professionale codificato dall'art. 20 della LSan è applicabile ad una cerchia di professionisti più estesa di quella prevista dall'art. 321 CPS, rivolgendosi a tutti gli operatori sanitari ai sensi dell'art. 54 cpv. 1 LSan *indipendentemente* dal fatto che essi intervengano sotto la direzione o su mandato di un medico[15].

3.1.4. Norme deontologiche

Sono, di regola, norme di diritto associazionistico privato (art. 60 segg. Codice civile svizzero): giuridicamente vincolano solo i membri dell'associazione. Il contratto di lavoro può peraltro rinviare a queste norme che, allora, diventano condizioni integranti del rapporto di impiego. Possono inoltre servire a completare o interpretare determinate norme di legge, in quanto espressione di valori etici e sociali riconosciuti importanti nell'esercizio di certe attività professionali. Sul piano penale non sono tuttavia determinanti (se non per un apprezzamento complessivo della situazione e, eventualmente, della colpa dell'autore dell'infrazione).

3.2. Operatori sociali

Il nostro sistema legale non contempla un obbligo di discrezione specifico per gli "operatori sociali" né, peraltro, questa funzione è definita giuridicamente. Per quanto

---

[14] *Bernhard Schnyder/Erwin Murer*, Berner Kommentar, ad art. 360 n. 102 e 119 segg. L'eventuale violazione del segreto tutorio non è però sanzionabile sul piano penale.

[15] Ai sensi dell'art. 54 cpv. 1 LSan sono considerati operatori sanitari le persone qualificate con formazione accademica nelle seguenti professioni: medico, medico dentista, medico veterinario, farmacista, assistente farmacista, chiropratico, psicologo clinico, psicoterapeuta; e qualificate con altra formazione le seguenti persone: levatrice, *infermiere*, fisioterapista, logopedista, rieducatore della psicomotricità, dietista, odontotecnico, ottico, pedicure, estetista.

interessa qui il concetto (di operatore sociale) può quindi essere riferito a diverse attività o ruoli professionali cui applicare, di volta in volta, questa o quella norma di legge. Tra gli operatori soggetti ad un dovere di discrezione figurano comunque gli educatori e gli assistenti sociali pubblici o privati, i tutori e curatori ma anche, almeno indirettamente (v. art. 35 cpv. 2 LPD), il personale impiegato presso istituti sociali quali case per l'infanzia, foyers, laboratori protetti, ecc.

3.2.1. Diritto penale

3.2.1.1. Il "segreto professionale" (art. 321 CPS)

Il segreto professionale cui si riferisce l'art. 321 CPS non è, di per sé, applicabile all'operatore (assistente) sociale. In altre parole egli non è perseguibile penalmente in base a questa norma, salvo il caso in cui abbia agito in qualità di ausiliario di un medico (può valere, per esempio, per i servizi sociali degli ospedali o che, in Ticino, fanno capo al Servizio medico-psicologico) o, magari, di un ecclesiastico.

3.2.1.2. Il segreto d'ufficio (art. 320 CPS)

L'operatore sociale che divulga un segreto è invece sempre punibile in base all'art. 320 CPS se si tratta di un *pubblico dipendente*. Ciò vale anche per le persone che occupano solo provvisoriamente un ufficio o un impiego o che esercitano una funzione pubblica provvisoria[16]. Viceversa i tutori privati non sono considerati *funzionari*[17] e, di conseguenza, non sottostanno al segreto d'ufficio ex art. 320 CPS.

3.2.2.3. Legge sulla protezione dei dati personali (art. 35 LPD)

Se l'assistente/operatore sociale è attivo a titolo privato o lavora alle dipendenze di un ente privato non è perseguibile per un'eventuale violazione del segreto d'ufficio (art. 320 CPS), ma in base all'art. 35 LPD (vedi sopra n. 3.1.1.3).

3.2.2. Diritto civile

Vedi sopra n. 3.1.2. Tutori e curatori sottostanno inoltre al "segreto tutorio", principio di diritto federale non scritto[18]. Va rilevato che il dovere di discrezione risponde, anche in questo caso, tanto ad un interesse privato (la salvaguardia della sfera intima della persona protetta e lo sviluppo di una relazione di fiducia con il tutore) che pubblico (l'efficacia dell'intervento statale i cui organi devono poter disporre di informazioni sovente di carattere confidenziale e contare sulla collaborazione di terzi)[19].

---

16 *Hess*, op. cit., pag. 58.
17 DTF 121 IV 216; 76 IV 150.
18 *Schnyder/Murer*, op. cit., ad art. 360 n. 119; *Meier*, op. cit., pag. 210.
19 *Meier*, op. cit., pag. 210.

3.2.3. Diritto cantonale

In quanto pubblici dipendenti gli assistenti sociali sono vincolati al segreto in base all'art. 29 LORD se lavorano per il Cantone e in base all'art. 131 della Legge organica comunale (LOC), o ai rispettivi regolamenti organici se lavorano per un comune o per un consorzio intercomunale.

3.2.4. Norme deontologiche

Vedi sopra n. 3.1.4.

4. La violazione del segreto professionale

4.1. Elementi costitutivi

Per il diritto penale costituisce una violazione del dovere di discrezione la divulgazione *intenzionale* (la negligenza non basta) a *terzi* dell'*informazione protetta senza o contro la volontà* della persona interessata, rispettivamente senza il consenso dell'autorità superiore. Non importa se la divulgazione avviene verbalmente o mediante la consegna di – o consentendo l'accesso a – documenti scritti, note personali, rapporti, ecc. Il dovere di discrezione vale anche nei confronti dei parenti e delle persone che già conoscono l'informazione se la divulgazione ha per effetto di rinforzare la loro convinzione o di confermare un sospetto[20]; vi è pure violazione dell'obbligo se l'informazione è trasmessa a terzi sebbene a loro volta soggetti al segreto professionale (per es. tra medici o tra medici e infermieri se non lavorano sullo stesso caso, tra un assistente sociale ed un avvocato, ecc.)[21/22]. Ovviamente le informazioni non possono essere rivelate al proprio coniuge (se non è ausiliario), al convivente o ad altri parenti, né, infine, all'autorità (eccetto i casi di cui si dirà in seguito sub 6.2.).

4.2. Eccezioni

Un'eccezione al principio dell'obbligo di discrezione nei confronti dei terzi è tuttavia da ammettere se la comunicazione è fatta nell'interesse del paziente/utente (per esempio per informare il personale medico dell'istituto in cui deve essere ricoverato e che si dovrà prendere cura di lui, di uno stabilimento per l'organizzazione della sua presa a carico[23], per l'orientamento di un team di operatori che si occupano della stessa perso-

---

[20] DTF 75 VI 73; se invece il destinatario dell'informazione è già perfettamente a conoscenza dei fatti non vi è violazione del segreto (DTF 106 IV 133).

[21] DTF 119 II 226; *Meier*, op. cit., pag. 211 nota 16; *Rehberg*, op. cit., pag. 433.

[22] Giuridicamente problematica può risultare la cessione di uno studio medico con le cartelle dei clienti; *Lukas Brühwiler-Frésey*, Medizinischer Behandlungsvertrag und Datenrecht, Zurigo 1996.

[23] *Meier*, op. cit., pag. 231; *Trechsel*, op. cit., ad art. 321 n. 23.

na[24], dell'infermiere rispetto al medico sotto le cui direttive lavora, ecc.). Anche per l'operatore sociale si deve ammettere la possibilità di trasmettere determinate informazioni laddove questo si riveli necessario all'adempimento del proprio dovere professionale (art. 32 CPS)[25], ovvero, in generale, dove ciò sia richiesto dall'interesse dell'utente o da un interesse pubblico preminente.

4.3. Il segreto vale nei confronti del paziente/utente?

Di per sé il segreto professionale *non è opponibile* al suo titolare e non può quindi essere invocato per rifiutare al paziente o utente informazioni su aspetti medico-sanitari o sociali che lo riguardano: caso mai qui si pone il problema dell'estensione e dei limiti del dovere di informazione[26].

5. Durata del segreto professionale

Di principio l'obbligo del segreto professionale (e del segreto d'ufficio) è illimitato nel tempo, non si estingue cioè con la cessazione dell'attività medico-sanitaria (art. 321 cpv. 1 terza frase CPS) o sociale né con l'interruzione del rapporto di impiego nel caso dei dipendenti pubblici (art. 320 cpv. 1 seconda frase CPS e 29 cpv. 2 LORD) e neppure con la morte del titolare[27].

6. La rivelazione legale del segreto

6.1. Il consenso alla rivelazione del segreto

6.1.1. Principio

Il "segreto professionale" non è assoluto. A determinate condizioni, segnatamente con il consenso dell'interessato (titolare del segreto), con il consenso dell'autorità superiore o di vigilanza o in particolari altre situazioni il vincolo viene meno.

---

24 *Rehberg*, op. cit., pag. 433.

25 *Hess*, op. cit., pag. 62.

26 Il dovere d'informazione dell'operatore sanitario è disciplinato sul piano cantonale dall'art 6 LSan. Va ricordato che il diritto d'informazione del paziente può essere limitato da un interesse privato o pubblico contrapposto (per es. dal segreto medico-sanitario di un terzo se per esempio l'informazione coinvolge anche altre persone o dal segreto istruttorio relativo ad una procedura penale in corso). L'informazione può inoltre essere rifiutata se ciò è richiesto dall'interesse del paziente medesimo. Sul tema cfr. *Meier*, op. cit., note 79 - 81.

27 DTF 87 IV 109; *Rehberg*, op. cit., pag. 434. Secondo una giurisprudenza cantonale (ICCA 1.3.1985 B. citata da *Cocchi/Trezzini* in CPCT annotato ad art. 230 n. 4), il diritto del paziente al segreto professionale del medico è, in quanto elemento della sfera privata dell'individuo, strettamente personale e come tale non può essere trasmesso agli eredi. Tuttavia sull'interesse che il medico non riveli quanto confidatogli dal suo paziente deve prevalere quello degli eredi ad un'equa ripartizione dell'eredità. Secondo *Trechsel* (ad art. 321 n. 26) gli eredi del paziente possono liberare il professionista dal segreto.

6.1.2. Il consenso del paziente o utente

6.1.2.1. La regola

Se capace di discernimento, il titolare del segreto ha la facoltà di liberare il professionista o i suoi ausiliari dall'obbligo di discrezione[28]. Titolare del segreto professionale (nella fattispecie di quello sanitario) è la persona cui le informazioni si riferiscono, cioè il paziente. Se la persona titolare è *capace di discernimento*, anche se *minorenne* o *interdetta*, essa *è sola* competente per autorizzare la trasmissione dell'informazione confidenziale (trattasi infatti di un diritto strettamente personale ai sensi dell'art. 19 cpv. 2 Codice civile svizzero[29]).

6.1.2.2. La capacità di discernimento

La *capacità di discernimento* deve essere valutata caso per caso, in funzione della natura e delle conseguenze dell'atto da compiere. Il paziente deve essere in grado di comprendere il significato e la portata delle informazioni soggette al segreto; deve pertanto sapere su cosa esattamente verte il segreto ed in cosa consistono le informazioni che con il suo consenso verrebbero divulgate. In generale la capacità di discernimento sarà apprezzata in modo più severo per lo svincolo dall'obbligo che non nel caso di un rifiuto del consenso[30].

6.1.2.3. Contenuto e forma del consenso

Il consenso può essere specificato e limitato sia con riferimento alla persona autorizzata a trasmettere l'informazione, che al suo contenuto (per esempio una sola malattia) o ai destinatari (per es. solo un'autorità precisa o un determinato parente)[31]. Per quanto riguarda la trasmissione di informazioni ad assicuratori privati o pubblici, il medico o il paziente sono legittimati, almeno in una prima fase, a chiedere che i dati siano trasmessi unicamente al medico di fiducia dell'assicurazione e che le informazioni siano limitate a quanto strettamente necessario (generalmente non occorre la produzione di anamnesi integrali o rapporti di dimissione dagli ospedali)[32].

Per gli *operatori sanitari* il consenso del paziente è valido solo se dato per iscritto (art. 20 cpv. 3 LSan). Per gli *operatori sociali* soggetti al segreto d'ufficio in base all'art. 320 CPS, non è prevista giuridicamente la liberazione dall'obbligo di discrezione sulla

---

28 Occorre precisare che giuridicamente la liberazione dal segreto con il consenso del titolare è previsto solo per il segreto professionale ai sensi dell'art. 321 CPS. Se, quindi, l'operatore sanitario o sociale è un *pubblico dipendente* soggetto all'obbligo di discrezione in base all'art. 320 CPS il consenso del diretto interessato può non bastare.

29 *Meier*, op. cit., pag. 212-213.

30 *Meier*, op. cit., pag. 214 con rinvii.

31 *Trechsel*, op. cit., ad art. 321 n. 26.

32 *Brühwiler-Frésey*, op. cit., pag. 246-247.

base del consenso dell'interessato, logico quindi che non ne sia nemmeno disciplinata la forma. Sul piano pratico non può tuttavia essere sottaciuta l'importanza del concorso dell'utente alla trasmissione dell'informazione, indice dell'esistenza di un rapporto di fiducia e di collaborazione tra le parti e implicito riconoscimento della correttezza dell'azione dell'operatore[33]. Difficile, d'altro canto, che, ottenuto il consenso, possano successivamente sorgere ancora contestazioni o problemi in proposito.

Per le attività che ricadono sotto la disciplina della LPD, la liberazione dall'obbligo del segreto è regolata dagli art. 13 cpv. 1 LPD e 10 risp. 11 della Legge cantonale sulla protezione dei dati personali (LPDcant.): norme che, peraltro, non fanno dipendere la validità del consenso alla divulgazione dell'informazione da una forma particolare.

In quanto titolare del segreto, il paziente/utente è dal canto suo libero di disporre come meglio crede delle informazioni che lo riguardano, divulgandole anche contro i propri interessi.

6.1.3. Il consenso del rappresentante legale

Se il titolare è *incapace di discernimento* il consenso è dato dal rappresentante legale: nel caso di *minorenni* si tratta dei genitori titolari dell'autorità parentale[34]; se invece la persona incapace è maggiorenne la competenza per dare il consenso appartiene al *tutore*[35].

Il rappresentante legale decide in funzione degli interessi del figlio o del pupillo. In questo caso il medico non ha più bisogno del consenso dell'autorità di vigilanza per essere svincolato dal segreto[36]. In linea di principio quanto detto in merito alle competenze del tutore vale anche per gli altri mandatari del diritto tutorio (curatori, assistenti, rappresentanti) a condizione che siano investiti dei necessari poteri di rappresentanza[37].

Occorre ancora ricordare che se vi è incapacità di discernimento, spetta al rappresentante legale decidere – in luogo e vece del paziente – dell'intervento terapeutico; è

---

33 *Hess*, op. cit., pag. 62.

34 Se i genitori sono uniti in matrimonio, i terzi in buona fede possono presumere che ciascun coniuge agisce con il consenso dell'altro (art. 304 cpv. 2 Codice civile svizzero - CCS). In caso di opinioni divergenti si deciderà in funzione dell'interesse del minore (RDT 1988 pag. 105). Se i genitori sono privati dell'autorità parentale (art. 311, 312 CCS), la decisione compete al tutore (art. 368 CCS). L'autorità tutoria può prendere la medesima decisione in base all'art. 307 CCS se ricorrono le condizioni per una limitazione dei poteri (art. 301 CCS) dei genitori.

35 Vedi anche art. 20 cpv. 3 LSan. La competenza rimane dei genitori nel caso in cui sia stata decretata l'estensione dell'autorità parentale giusta l'art. 385 cpv. 3 CCS.

36 Cfr. art. 321 cpv. 2 CPS; art. 20 cpv. 3 LSan; *Meier*, op. cit., pag. 213.

37 *Meier*, op. cit., pag. 207. In ogni caso onde evitare l'istituzione di misure più gravi (principio della proporzionalità) quali l'interdizione per casi che potrebbero essere normalmente affrontati con una delle diverse forme di curatela, è utile che l'autorità tutoria precisi le competenze del curatore con riferimento anche (se necessario) al potere di pronunciarsi sulla liberazione dal segreto professionale.

quindi logico che questi sia anche destinatario dell'informazione medico-sanitaria[38]. In questo ordine di idee si iscrive pure l'art. 6 cpv. 2 LSan che, riferito al dovere di informare degli operatori sanitari, indica tra i possibili interlocutori (in caso di incapacità del paziente), il rappresentante legale o, in sua mancanza, anche i parenti o le persone che altrimenti si prendono cura di lui[39].

6.1.4. Il caso dei minorenni capaci di discernimento

Un problema invero un po' particolare e per certi versi anche delicato è costituito dal segreto professionale – e di quello medico-sanitario in particolare – rispetto ai minorenni capaci di discernimento (ma, appunto perché minorenni, giuridicamente soggetti all'autorità parentale dei genitori o a quella di un tutore). La questione potrebbe porsi in relazione a temi come quelli della contraccezione, dell'interruzione di gravidanza, di un trattamento medico volto a limitare o inibire il consumo di sostanze stupefacenti, ecc. Se da un lato ai genitori incombe per legge il diritto/dovere di provvedere alla cura e all'educazione del figlio (art. 301 cpv. 1 CCS), promuovendone e proteggendone lo sviluppo fisico, intellettuale e morale (art. 302 CCS), dall'altro il minorenne (capace di discernimento) potrebbe, a tutela della propria sfera privata, esigere dall'operatore sanitario il rispetto del dovere di discrezione anche nei loro confronti. Il problema è quindi quello di sapere come si combina l'esercizio di un diritto strettamente personale (art. 19 cpv. 2 CCS) da parte del minore con le prerogative e le responsabilità collegate all'esercizio dell'autorità parentale.

La dottrina non è unanime in merito[40]; in generale si può tuttavia sostenere che il segreto deve effettivamente essere osservato anche nei confronti del rappresentante legale[41]. Secondo l'opinione prevalente al minore che è in grado di pronunciarsi in merito ad un determinato intervento sanitario deve anche essere riconosciuto il diritto di esige-

---

38 Il consenso del rappresentante legale dà all'operatore sanitario la facoltà (non l' obbligo) di rivelare il segreto senza commettere un'infrazione; il rifiuto ingiustificato di informare i terzi malgrado il consenso del paziente può invece impegnare la responsabilità civile dell'operatore sanitario se il suo rifiuto è stato di pregiudizio all'interessato (*Meier*, op. cit., pag. 216 con rinvii). Nei confronti del rappresentante legale di un paziente incapace di discernimento l'obbligo di informare è sancito dall'art. 6 cpv. 2 LSan.

39 L'art. 6 cpv. 1 LSan fa obbligo ad ogni operatore sanitario, nell'ambito delle proprie competenze, di informare compiutamente il paziente sulla diagnosi, il piano di cura, i possibili rischi nonché su eventuali trattamenti alternativi. Data la delicatezza delle informazioni tale compito spetta generalmente al medico stesso. Ci si può comunque chiedere se la norma non sia almeno in parziale contraddizione con quanto disposto dall'art. 20 cpv. 3 della stessa legge: da un lato i parenti o i terzi non hanno di per sè il diritto di svincolare il professionista dal segreto, dall'altro hanno un *diritto di essere informati* pur non essendo loro stessi soggetti ad un vincolo legale di discrezione!

40 Cfr. *Richard Frank*, Grenzbereiche der elterlichen Gewalt, in Festschrift für C. Hegnauer, Stämpfli, Verlag Berna 1986, pag. 45-46; *Jacques-Michel Grossen*, L'autorité parentale, le secret médical et la contraception, Festschrift für C. Hegnauer, pag. 92 con rinvii.

41 *Grossen*, op. cit., pag. 93-94; *Max Nägeli*, Die ärztliche Behandlung handlungsunfähiger Patienten aus zivilrechtlicher Sicht, Diss. Zurigo 1984, pag. 106.

re il riserbo sul suo stato di salute[42]. Fermo restando che sarà preoccupazione dell'operatore sanitario cercare di convincere il minore della necessità di informare i genitori (o il tutore), in ultima analisi il problema (su un piano strettamente giuridico) sarà quello di stabilire se e, eventualmente, a partire da quale momento è data la capacità di discernimento[43].

6.2. Altri motivi giustificativi

6.2.1. Il consenso dell'autorità superiore

La rivelazione del segreto è legalmente possibile con il consenso dell'autorità superiore o dell'autorità di vigilanza (art. 320 cpv. 2; 321 cpv. 2 CPS; art. 20 cpv. 3 LSan; art. 30 LORD). Nel caso degli operatori sanitari l'autorità competente è il Medico cantonale che si pronuncia su richiesta scritta del detentore del segreto. Per gli operatori sociali funzionari pubblici, è, generalmente, l'autorità di nomina. La LPD, applicabile agli operatori sociali *non* funzionari pubblici, non prevede evidentemente il motivo giustificativo del *consenso dell'autorità superiore*: l'art. 13 della legge ammette invece la liberazione dall'obbligo del segreto per la salvaguardia di un interesse pubblico o privato preminente (v. esemplificazione di cui all'art. 13 cpv. 2).

6.2.2. Il diritto/dovere di segnalazione

6.2.2.1. Principio

La divulgazione dell'informazione confidenziale è ammessa se prevista o addirittura imposta dalla legge (v. art. 321 cpv. 3 CPS; 13 cpv. 1 LPD; 10 e 11 LPDcant.).

In particolare, l'art. 321 cpv. 3 CPS – diversamente dall'art. 320 CPS concernente il segreto d'ufficio – riserva il caso delle disposizioni della legislazione federale e cantonale sull'obbligo di informare l'autorità o di testimoniare. A tutela dell'interesse pubblico la legge prevede infatti in taluni casi un diritto/dovere di segnalazione non punibile: per

[42] *Grossen*, op. cit., pag. 91. L'autore sostiene che in merito alla contraccezione non vi possono essere dubbi: se per l'interruzione di una gravidanza basta in linea di principio il consenso della madre capace di discernimento a maggior ragione il principio dell'«autonomia» deve valere per l'assunzione di prodotti anticoncezionali. Dello stesso avviso *Nägeli*, op. cit., pag. 106.

[43] L'art. 8 cpv. 2 LSan. prevede il consenso dei genitori per ogni intervento medico su giovani di meno di 16 anni (ci si può chiedere se, alla luce di quanto detto riguardo il carattere di diritto strettamente personale del consenso all'intervento medico, la norma sia compatibile con il diritto federale). Secondo *Nägeli* (op. cit., pag. 105) in nessun caso un bambino di sette anni può dare il consenso ad un qualsiasi intervento. L'opinione del minore può iniziare ad essere rilevante a partire dai quattordici anni; ad un quattordicenne può così in linea di principio essere riconosciuta la capacità per consentire ad un trattamento semplice e non rischioso; *Nägeli* ricorda pure che il Bundesgerichtshof tedesco aveva stabilito che una ragazza di 16 anni non aveva la capacità di discernimento necessaria per dare il consenso ad un intervento medico di carattere cosmetico. Per una donazione di organi o una sterilizzazione occorre aver raggiunto la maggiore età.

es. l'art. 15 della Legge federale sugli stupefacenti (LS) o l'art. 358ter CPS (diritto di chi è tenuto al segreto in base agli art. 320 e 321 CPS di avvisare le autorità di tutela nel caso in cui un minorenne sia vittima di un reato).

6.2.2.2. Obbligo di segnalazione e dovere di testimoniare degli operatori sanitari

L'art. 20 cpv. 4 LSan ricorda che non sono punibili per violazione del segreto le denunce obbligatorie[44], le dichiarazioni e gli annunci obbligatori, segnatamente quelli concernenti malattie trasmissibili previsti da leggi e regolamenti[45], le testimonianze obbligatorie, la raccolta e la comunicazione di dati statistici, epidemiologici (sempreché sia garantito l'anonimato dei pazienti)[46].

a) *segnalazione*: l'art. 182 del Codice di procedura penale ticinese (CPPT) fa obbligo ai medici, ai dentisti, farmacisti e levatrici nonché ai loro *ausiliari* (pubblici o privati) di fare immediato rapporto al Procuratore pubblico e a trasmettergli gli atti relativi se nell'esercizio della loro professione sono venuti a conoscenza di malattia, lesione o morte per causa di reato. Se è stato commesso un reato contro un minorenne, le persone tenute al segreto professionale o al segreto d'ufficio, hanno inoltre il diritto di avvisare le autorità di tutela (art. 358ter CPS).

b) *testimonianza*: nel processo penale è prevista (all'art. 124 cpv. 1 lett. b CPPT) la *facoltà di non deporre* per le persone astrette al segreto professionale ex art. 321 CPS[47] e per gli operatori menzionati all'art. 15 cpv. 2 LS.
Se la persona citata come testimone è un membro di un'autorità o un pubblico funzionario, soggetto pertanto al segreto d'ufficio giusta l'art. 320 CPS, deve essere avvertito dell'obbligo di chiedere alla competente autorità il permesso di deporre sui fatti che conosce in virtù della sua carica. L'autorizzazione può essere rifiutata solo se lo esige un preminente interesse pubblico (art. 123 CPPT e 30 LORD).

Nel procedimento civile è prevista la facoltà di non deporre (art. 230 Codice di procedura civile) per le persone vincolate al segreto professionale giusta l'art. 321 CPS. I dipendenti pubblici devono essere avvisati dell'obbligo di chiedere il permesso per deporre all'autorità superiore (art. 123 CPPT e 30 LORD): ottenuta l'autorizzazione sono tenuti a testimoniare.

---

44 In base all'art. 68 LSan ogni operatore sanitario è tenuto ad informare il Dipartimento delle opere sociali ed il Medico cantonale di qualunque fatto che possa mettere in pericolo la salute pubblica. Lo stesso obbligo (nei confronti del Ministero pubblico) è imposto in caso di morte o malattia per causa certa o sospetta di reato.

45 Per es. Ordinanza federale concernente la dichiarazione delle malattie trasmissibili dell'uomo (RS 818.141.1).

46 Per un elenco si veda *Brühwiler-Frésey*, op. cit., pag. 263 segg.

47 Queste persone non possono però rifiutarsi di testimoniare se la persona interessata li proscioglie per scritto dall'obbligo di serbare il segreto (art. 124 cpv. 2 CPPT).

6.2.2.3. Obbligo di segnalazione e dovere di testimonianza degli operatori sociali

a) *segnalazione*: se si tratta di un *pubblico dipendente* è applicabile l'art. 181 CPPT che impone di fare rapporto all'autorità penale se nell'esercizio delle sue funzioni ha avuto notizia di un reato di azione pubblica.

b) *testimonianza*: se l'operatore sociale è un funzionario pubblico deve essere avvertito dell'obbligo di chiedere all'autorità (generalmente di nomina) il permesso di deporre. Come visto l'autorizzazione non può essere rifiutata che se lo esige un preminente interesse pubblico (art. 123 CPPT e 30 LORD). Decisa l'autorizzazione non può rifiutarsi di deporre[48]. Lo stesso vale nell'ambito del diritto civile (v. art. 230 lett. e CPCT).

Se si tratta di un assistente sociale *privato*, non sussiste obbligo di segnalazione, ma neppure ha la possibilità di rifiutare di deporre in giudizio in qualità di teste.

6.2.3. Lo stato di necessità

L'operatore sanitario/sociale può invocare lo stato di necessità (art. 34 CPS) come motivo giustificativo della violazione del segreto. Occorre tuttavia che il pericolo che intendeva prevenire fosse di una urgenza tale da non consentirgli di chiedere il consenso dell'autorità di vigilanza o dell'autorità superiore. Tale potrebbe essere il caso in presenza di una malattia contagiosa particolarmente grave con cui il paziente potrebbe infettare altre persone[49], perché potrebbe mettere a repentaglio l'integrità di un minorenne, o per evitare la condanna di un innocente[50]. La LPD prevede dal canto suo quale motivo liberatorio la salvaguardia di un interesse pubblico o privato preminente.

6.2.4. Esecuzione di mandati peritali e di indagine sociale

Il "segreto professionale" dell'operatore non sussiste evidentemente nei confronti dell'autorità civile, penale o amministrativa che gli ha commissionato una perizia o un rapporto sociale. In questo caso manca, tra l'altro, la relazione di fiducia operatore-utente/paziente che generalmente giustifica e fonda il dovere di discrezione. Compito dello specialista è infatti, in tale evenienza, proprio quello di informare l'autorità consentendole di prendere le decisioni per le quali, altrimenti, mancherebbero i necessari elementi di giudizio. L'obbligo di riservatezza dell'operatore-perito vale nondimeno

---

48 In occasione dell'esame del messaggio del Consiglio di Stato (n. 3163 e 3163 A^{bis}) concernente la revisione totale del CPPT, la speciale commissione aveva a lungo discusso se estendere l'eccezione all'obbligo di testimoniare anche a certe attività del campo sociale. Per finire ha ritenuto di prevedere l'esenzione solo per il personale attivo nell'ambito della LS. Altre eccezioni sono state considerate inopportune in quanto suscettibili di incrinare "un obbligo che ha fondamentale importanza per un corretto esercizio dell'azione penale" (rapporto pag. 48-49).

49 *Rehberg*, op. cit., pag. 437.

50 *Trechsel*, op. cit., ad art. 321 n. 39.

nei confronti dei *terzi* (parenti, amici, altre autorità, altri servizi, ecc.) quand'anche il paziente/utente avesse dato il proprio consenso alla divulgazione dell'informazione. L'operatore incaricato da un'autorità di allestire una perizia o un'indagine è infatti considerato *funzionario* (art. 110 cifra 4 CPS) e, pertanto, soggetto al segreto d'ufficio ex art. 320 CPS nei confronti dell'organo committente[51]. Benché sovente problematico, non è preclusa la possibilità del conferimento di un mandato peritale o di indagine all'*operatore-terapeuta*. In quest'evenienza egli dovrà prestare attenzione a chiarire all'interessato i suoi due ruoli e a distinguere tra le informazioni raccolte nell'ambito del rapporto terapeutico e quelle acquisite nell'esecuzione del mandato peritale. Per la divulgazione delle prime è necessario il consenso del paziente/utente o dell'autorità superiore[52].

7. Le conseguenze della violazione del segreto

7.1. In diritto penale

In diritto penale la violazione del segreto è sanzionata dall'art. 321 (segreto professionale per i medici ed i loro ausiliari) e dall'art. 320 CPS (segreto d'ufficio). Occorre una violazione intenzionale (la negligenza non basta). Nel caso del segreto professionale giusta l'art. 321 l'infrazione è perseguibile *a querela di parte* (occorre cioè che la vittima si faccia parte attiva). Se la persona lesa è interdetta il diritto di sporgere querela appartiene anche al tutore e all'autorità tutoria (art. 28 cpv. 2 e 3 CPS).

La violazione del segreto d'ufficio (art. 320 CPS) che, come visto, riguarda gli *assistenti sociali* con statuto di dipendente pubblico, ma anche il *personale sanitario* che lavora per un ente statale è punibile d'ufficio (l'autorità giudiziaria può/deve intervenire anche se il diretto interessato non ha sporto querela).

Se chi ha divulgato il segreto non è medico o ausiliario ai sensi dell'art. 321, ne funzionario ai sensi dell'art. 320 CPS (per es. un assistente sociale che lavora per un ente privato), può nondimeno ancora essere sanzionato in base all'art. 35 LPD, norma che punisce la rivelazione illecita di dati personali segreti e sensibili portati a conoscenza dell'autore dell'infrazione nell'esercizio di una professione che richiede la conoscenza di questi dati.

La sanzione prevista è l'arresto o la multa (art. 35 LPD), rispettivamente la detenzione o la multa (art. 320 e 321 CPS). L'azione penale si prescrive in cinque anni dal compimento dell'atto (art. 70 CPS).

---

[51] *Meier*, op. cit., pag. 237. Se il mandato è stato conferito da un'autorità di tutela l'operatore sarà contemporaneamente soggetto al *segreto tutorio* (v. sopra 3.1.1.3).

[52] *Meier*, op. cit., pag. 238.

7.2. In diritto civile[53]

Come già visto (sopra 3.1.2.) la corretta esecuzione del mandato medico-sanitario o sociale presuppone di principio il mantenimento del segreto sulle informazioni confidate dal paziente/utente. La divulgazione – intenzionale o per negligenza – non autorizzata, comporta, in linea di principio, una violazione del dovere di diligenza e fedeltà dovuta al paziente/utente e, di conseguenza, impegna la responsabilità dell'operatore sanitario/sociale (art. 398 Codice delle obbligazioni).

Se si tratta di un *dipendente pubblico* è applicabile la legge ticinese sulla responsabilità degli enti e degli agenti pubblici (LResp): in base all'art. 4 rispettivamente all'art. 7 (attività sanitaria) LResp l'ente pubblico risponde del danno – inclusa la lesione della personalità (art. 11 LResp) – cagionato illecitamente a terzi da un agente pubblico nell'esercizio delle sue funzioni, senza riguardo alla colpa dell'agente. L'ente pubblico ha quindi un diritto di regresso verso il proprio collaboratore che ha cagionato il danno intenzionalmente o per colpa grave (art. 14 LResp).

Se si tratta di un privato la violazione del segreto può impegnare la responsabilità contrattuale dell'operatore sanitario/sociale (art. 398 CO) per la violazione del dovere di diligenza e di fedeltà, ma anche la responsabilità per atti illeciti (art. 41 CO) poiché ha arrecato pregiudizio ai diritti della personalità dell'interessato e, in particolare, di quello al rispetto della sua sfera privata (art. 28 CCS).

Oltre ad un'eventuale domanda di risarcimento danni – possibilità invero più teorica che pratica[54] – la parte lesa potrebbe reclamare un risarcimento per torto morale (art. 49 CO) se in grado di dimostrare la gravità della lesione. Può infine esercitare le azioni specifiche collegate ai diritti della personalità (art. 28a CCS).

Se si tratta di un dipendente privato, secondo la gravità dell'atto compiuto, è immaginabile l'adozione di un provvedimento da parte del datore di lavoro (licenziamento per motivi gravi giusta l'art. 335 CO).

7.3. Misure disciplinari

7.3.1. Personale sanitario

L'art. 21 LSan prevede che la violazione del segreto professionale e dei diritti del paziente possa essere denunciata[55] ad una speciale Commissione di vigilanza[56]. Se ricor-

[53] Sul tema v. *Meier*, op. cit., pag. 239.

[54] Potrebbe essere immaginato il caso della disdetta di un rapporto di lavoro in seguito alla rivelazione illegale di una malattia del dipendente.

[55] Dall'interessato, dal suo rappresentante legale o da ogni persona prossima.

[56] In base agli art. 25 LSan e 2 del Regolamento della Commissione fanno parte della stessa un magistrato dell'ordine giudiziario (come presidente), il medico cantonale, un giurista in rappresentanza del

rono gli estremi essa proporrà[57] al Dipartimento l'adozione delle sanzioni previste dalla legge[58]. L'istigazione e la complicità sono a loro volta punibili (art. 95 cpv. 2 LSan). Il Dipartimento può inoltre addebitare al contravventore la totalità o parte delle spese che si sono rese necessarie per accertare o documentare la contravvenzione (art. 97 cpv. 2 LSan). Il termine di prescrizione è di cinque anni dal giorno del compimento dell'atto punibile.

Ai dipendenti pubblici sono inoltre applicabile le sanzioni disciplinari previste dai rispettivi statuti e regolamenti.

In quanto membro di un'associazione (ordine) dotato di un codice deontologico l'operatore sanitario è inoltre soggetto alle sanzioni previste dal codice medesimo, rispettivamente dallo statuto dell'associazione.

7.3.2. Assistenti sociali

I *pubblici dipendenti* sono soggetti alle norme contenute nelle leggi e nei regolamenti che ne disciplinano lo statuto, i diritti ed i doveri. Per i dipendenti del Cantone si tratta della LORD, per i dipendenti dei comuni o dei consorzi dei rispettivi regolamenti organici. Le sanzioni vanno, a seconda della gravità del caso, dal semplice ammonimento fino alla rescissione del rapporto di impiego, passando per la multa, la sospensione del lavoro o la riduzione dello stipendio. La decisione è generalmente di competenza dell'autorità di nomina, segnatamente nel caso in cui sono applicate le sanzioni più severe.

In quanto membro di un'associazione (ordine) dotata di un codice deontologico è inoltre soggetto alle sanzioni previste dal codice medesimo, rispettivamente dallo statuto dell'associazione[59].

Dipartimento delle opere sociali, un rappresentante dei pazienti e uno degli operatori sanitari dell'Ordine interessato. I membri sono nominati dal Consiglio di Stato.

57 La Commissione effettua l'indagine ma non dispone di un potere di intervento autonomo diretto (art. 9 Regolamento Comm.).

58 Le contravvenzioni alla LSan possono essere punite con multe fino a fr. 100'000.– (art. 95 LSan).

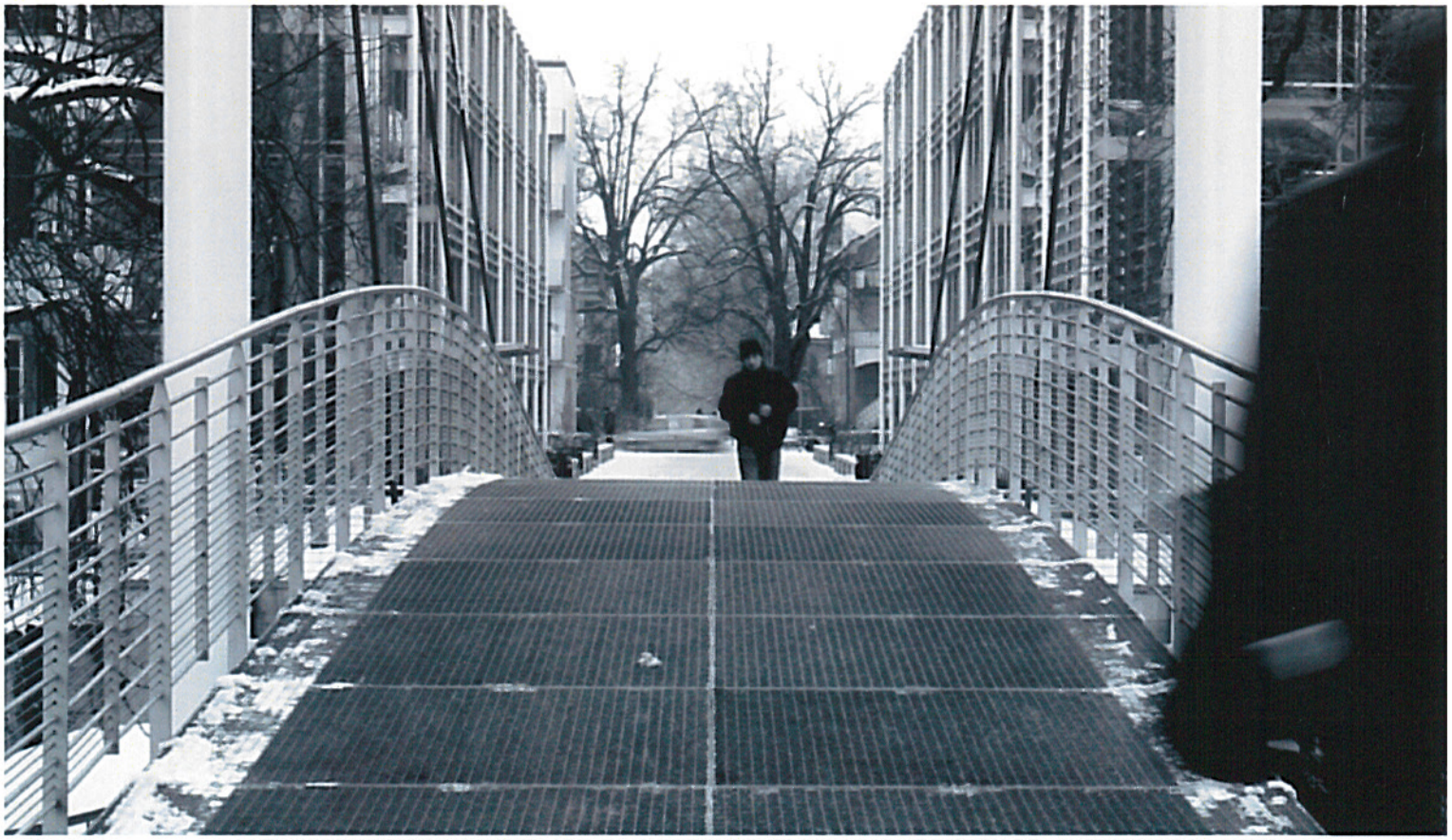
59 Vedi per esempio l'art. 20 cpv. 2 del Codice deontologico vincolante per i membri dell'Associazione svizzera degli assistenti sociali diplomati e degli educatori specializzati.

Codice deontologico del lavoro sociale in Svizzera

Un argomentario per la pratica dei professionisti e delle professioniste

Professionelle Soziale Arbeit Schweiz
Professionels travail social Suisse
Professionisti lavoro sociale Svizzera

avenirsocial
informati coinvolti riuniti



Codice deontologico del lavoro Questo documento è il risultato di un lavoro durato circa tre anni. È stato condotto da un gruppo di esperti, membri della Commissione di etica deontologica di AvenirSocial integrando le critiche costruttive rivolte al precedente codice deontologico. Nella stesura, ci si è riferiti sia alla letteratura specializzata, sia ai codici deontologici esistenti. Un progetto di nuovo codice deontologico è stato sottoposto ad ampia consultazione nell'autunno 2009. In seguito ai risultati della consultazione, il nuovo documento è stato redatto in forma definitiva e approvato dal gruppo di esperti ed esperte il 14 gennaio 2010. Autori: Susanne Beck, Anita Diethelm, Marijke Kerssies, Olivier Grand, Beat Schmocker.

Il Comitato svizzero di AvenirSocial, nel corso della seduta del 5 e 6 marzo 2010, ha esaminato e approvato il documento in vista dell'approvazione definitiva dell'Assemblea dei delegati e delle delegate del 25 giugno 2010. Vi hanno contribuito: Markus Jasinski, Sabina Hochuli, Véréna Keller, Ruth Steiner, Beat Schmocker, Thomas Michel, Isabelle Bohrer, Olivier Grand.

L'Assemblea dei delegati e delle delegate del 25 giugno 2010, ha approvato il codice deontologico di AvenirSocial senza voti contrari e ne ha quindi decretato ufficialmente l'entrata in vigore.

Traduzione: Mauro Martinelli e Fiorenzo Gianini

© 2010 AvenirSocial –
professionisti lavoro sociale Svizzera, Berna

I INTRODUZIONE **4–5**
1 Scopi
2 Destinatari
3 Ambito e basi di riferimento

II GENERALITÀ SUL LAVORO SOCIALE **6–7**
4 Comprensione dell'essere umano e finalità del lavoro sociale
5 Obiettivi e doveri del lavoro sociale
6 Dimensioni e problematiche della pratica del lavoro sociale

III VALORI FONDAMENTALI DEL LAVORO SOCIALE **8–10**
7 Definizione del lavoro sociale
8 Diritti dell'uomo e dignità umana
9 Giustizia sociale

IV PRINCIPI D'AZIONE E NORME DI CONDOTTA **10–14**
10 Pratica fondata sull'etica
11 Principi d'azione nei confronti della propria persona
12 Principi d'azione nei confronti degli utenti
13 Principi d'azione nei confronti delle organizzazioni del settore sociale
14 Principi d'azione nei confronti della società
15 Principi d'azione nei confronti della propria professione
16 Principi d'azione nei confronti della cooperazione interprofessionale

V OSSERVAZIONI FINALI **14–15**
17 Validità
18 Procedura in caso di trasgressione del codice
19 Disposizioni

I INTRODUZIONE

1. Scopi

1 Il codice deontologico di AvenirSocial definisce le linee di condotta che si applicano all'esercizio del lavoro sociale in una prospettiva etica.

2 Il codice deontologico è uno strumento che fornisce un fondamento etico al lavoro con gli utenti e le utenti (per facilitare la lettura, utilizzeremo la forma maschile di « professionista»), che possono essere particolarmente vulnerabili o sfavoriti/e. Il termine utente comprende sia le persone singole, sia le famiglie, i gruppi e le comunità.

3 Il codice deontologico serve a orientare lo sviluppo di un comportamento professionale fondato su principi etici e costituisce uno strumento di aiuto e un punto di riferimento.

4 Il codice deontologico favorisce il dibattito su questioni di etica e di deontologia tra i professionisti e le professioniste del lavoro sociale, da una parte, e le organizzazioni sociali, gli istituti di formazione di base e di formazione continua, le altre discipline, professioni e organizzazioni professionali, dall'altra.

5 Il codice deontologico rafforza l'identità professionale e la comprensione di sé dei professionisti del lavoro sociale. Ciò vale anche per le strutture e i servizi al cui interno si esercita il lavoro sociale.

6 Dopo l'introduzione (parte I), il codice deontologico presenta i principi generali del lavoro sociale (parte II), i valori fondamentali del lavoro sociale (parte III) e i principi d'azione che ne conseguono (parte IV). Il documento si conclude con le osservazioni finali (parte V).

2. Destinatari

Il codice deontologico si rivolge alle persone e ai gruppi seguenti:

- i professionisti del lavoro sociale e le loro organizzazioni professionali
- le strutture e i servizi al cui interno operano i professionisti del lavoro sociale
- gli istituti di formazione del settore sociale
- gli specialisti di altre professioni e discipline con i quali cooperano i professionisti del lavoro sociale
- alla comunità, al cui interno i professionisti del lavoro sociale svolgono i loro compiti

3. Ambito e basi di riferimento

1 Il codice deontologico si attiene ai principi etici internazionali per il lavoro sociale della FITS/AIETS del 2004 (pubblicato in: Supplement of isw, Volume 50/2007. Los Angeles, London: SAGE-Publications, Inc. p. 7–11) e ne sviluppa alcuni aspetti.

2 I principi etici internazionali e il presente codice deontologico si basano sui seguenti accordi internazionali dell'ONU:

- Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo (1948)
- Convenzione internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (Patto I) (1966/1976)
- Convenzione internazionale sui diritti civili e politici (Patto II) (1966/1976)
- Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione razziale (1965/1969)
- Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti delle donne (1979/1981)
- Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti (1984/1987)
- Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia (1989/1990)
- Convenzione internazionale sulla protezione dei diritti dei lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie (1990/2003)
- Convenzione sui diritti delle persone con disabilità (2006/2008)

3 Il codice deontologico di AvenirSocial si basa sulle seguenti convenzioni internazionali del Consiglio dell'Europa:

- Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (1950/1953)
- Carta sociale europea (1961/1996/1999)

4 Il codice deontologico di AvenirSocial corrisponde al contenuto della Costituzione federale del 18 aprile 1999 (1848), il cui preambolo menziona l'importanza di consolidare la coesione interna, a vivere la molteplicità nell'unità e nel rispetto reciproco nonché alla responsabilità verso le generazioni future e si conclude con l'affermazione che *la forza di un popolo si commisura al benessere dei più deboli dei suoi membri.*

II GENERALITÀ SUL LAVORO SOCIALE

4. Comprensione dell'essere umano e finalità del lavoro sociale

1 Tutti gli esseri umani hanno diritto alla soddisfazione dei loro bisogni esistenziali, al rispetto della loro integrità personale e alla loro integrazione in un ambiente sociale. Contemporaneamente, gli esseri umani sono tenuti a sostenersi a vicenda per concretizzare questi diritti.

2 Una condizione umana realizzata presuppone il riconoscimento del rispetto reciproco, la cooperazione delle persone verso una giustizia distributiva e si fonda su strutture sociali giuste.

5. Obiettivi e doveri del lavoro sociale

1 Gli obiettivi del lavoro sociale si basano sulla definizione del lavoro sociale della FITS/AIETS (2001).

2 Il lavoro sociale ha quale obiettivo il sostegno reciproco tra le persone nel loro ambiente e in questo modo contribuiscano all'integrazione sociale.

3 Il lavoro sociale è un contributo della società nei confronti, in particolare, delle persone e dei gruppi che, temporaneamente o permanentemente, vivono restrizioni illegittime nel compimento della propria vita o il cui accesso alla partecipazione alle risorse sociali è limitato o insufficiente.

4 Il lavoro sociale consiste nel promuovere, sviluppare e fornire soluzioni a problemi sociali.

5 Il lavoro sociale consiste nell'impedire, eliminare o attenuare lo stato di necessità sociale delle persone o gruppi.

6 Il lavoro sociale consiste nell'accompagnare, educare e proteggere le persone e nel contempo incoraggiare, garantire, consolidare e salvaguardare la loro realizzazione personale.

7 Il lavoro sociale consiste nell'incoraggiare i cambiamenti, permettendo alle persone di rendersi autonomi anche nei riguardi del lavoro sociale stesso.

8 Il lavoro sociale, tramite le proprie reti, promuove e sostiene gli interventi socio-politici. Partecipa inoltre, come attore sociale, all'organizzazione delle condizioni di vita e alla soluzione dei problemi strutturali originati dall'interazione tra le persone e i contesti sociali.

9 Il lavoro sociale imposta la sua funzione sociale, le proprie decisioni, i metodi e le procedure, in un ambito interdisciplinare e su basi scientificamente dimostrate.

10 Il lavoro sociale è legato a un triplice mandato: il primo, che riceve dalla società e dai committenti, consiste nel doppio mandato dell'aiuto e del controllo; il secondo consiste nel rispondere alle richieste, implicite o esplicite, dei beneficiari del lavoro sociale; il terzo consiste nel connettere le conoscenze professionali e le discipline affini ai principi dei diritti umani e della giustizia sociale. Questo terzo mandato porta i professionisti del lavoro sociale a dover gestire possibili conflitti tra il primo e il secondo mandato.

6. Dimensioni e problematiche della pratica del lavoro sociale.

1 I professionisti del lavoro sociale devono intervenire in campi e settori di lavoro differenti, a vari livelli di organizzazione e lavorare con destinatari, persone o collettività confrontati con problematiche diverse.

2 La complessità del mandato del lavoro sociale è originata dall'aspetto pluridimensionale della ricerca del bene comune nei confronti delle persone, dei gruppi o delle comunità interessate. Gestire interessi contrastanti e possibili conflitti di lealtà fanno parte del suo compito.

3 Il confronto con i dilemmi e con le situazioni di tensione è inevitabile e necessario, in particolare tra:

- le attese degli utenti e i limiti del mandato e dell'intervento del professionista
- la lealtà verso i destinatari e la lealtà verso il datore di lavoro, le istituzioni committenti, le autorità competenti, ecc.
- il diritto all'autodeterminazione e l'incapacità dell'utente, momentanea o permanente, di autodeterminarsi
- la ricerca dell'utente all'autodeterminazione e la necessità di farsi carico di una assistenza nei suoi confronti
- l'esternazione e il silenzio, in nome della lealtà, nei confronti dei colleghi che infrangono principi etici
- non rivelare e divulgare fatti, per esempio alle autorità o ai datori di lavoro, per proteggere gli utenti
- bisogni accertati e risorse economiche limitate, che sfociano in misure di risparmio

4 I professionisti del lavoro sociale devono accettare la messa in discussione della loro attività. Devono poterne dibattere ed essere capaci di difendere le proprie azioni e decisioni con argomenti basati sulla loro deontologia.

III VALORI FONDAMENTALI DEL LAVORO SOCIALE

7. Definizione del lavoro sociale

secondo la FITS/AIETS del 2001 (pubblicato in: Supplement of isw, Volume 50/2007. Los Angeles, London: SAGE-Publications, Inc. p. 5–6)

1 L'operatore sociale tende a promuovere il cambiamento sociale e la risoluzione dei problemi nel contesto delle relazioni umane; inoltre favorisce l'autodeterminazione e l'emancipazione delle persone, allo scopo di migliorarne il benessere generale.

2 Basandosi sulle teorie del comportamento e dei sistemi sociali, il lavoro sociale interviene nello spazio di interazione tra le persone e il loro ambiente.

3 I principi dei diritti umani e della giustizia sociale sono fondamentali per la professione.

8. Diritti dell'uomo e dignità umana

1 I professionisti del lavoro sociale fondano la loro azione sul rispetto della dignità inerente ad ogni persona e sul rispetto dei diritti che ne conseguono.

2 I professionisti del lavoro sociale accordano il medesimo valore ad ogni persona in ragione della sua dignità, indipendentemente dal sesso, dall'etnia, dallo statuto o da altre caratteristiche individuali. Rispettano inoltre i valori fondamentali quali la giustizia, l'uguaglianza e la libertà, diritti inalienabili di ogni individuo.

3 I professionisti del lavoro sociale esigono, dai responsabili politici, un ordine politico e istituzionale che consideri in modo paritario tutti gli esseri umani. Tale organizzazione deve concordare con i diritti umani, rispettivamente con i diritti sociali. Se ne deducono i principi fondamentali seguenti:

4 **Principio dell'uguaglianza di trattamento:**
I diritti umani devono essere garantiti per ogni persona, indipendentemente dalle loro prestazioni, dal loro guadagno, dai loro meriti, dal loro comportamento morale o dall'adempimento di pretese la cui esigibilità dovesse contrastare con l'essenza stessa dei diritti fondamentali.

5 **Principio di autodeterminazione:**
Il diritto delle persone di compiere le proprie scelte e decisioni relativamente al proprio benessere deve essere particolarmente rispettato, a condizione che ciò non violi né i loro diritti, né tantomeno i legittimi diritti e interessi altrui.

6 **Principio di partecipazione:**
La partecipazione alla vita sociale, così come la capacità di decidere e di agire, necessaria alla realizzazione sociale di tutte le persone, obbligano a coinvolgere e far partecipare attivamente gli utenti in tutto ciò che li concerne.

7 **Principio di integrazione:**
La realizzazione dell'esistenza umana nelle società democratiche esige la considerazione e il rispetto costante, tanto dei bisogni fisici, psichici, spirituali e culturali delle persone, quanto il rispetto del loro ambiente naturale, sociale e culturale.

8 **Principio di «empowerment»:**
La partecipazione autonoma e indipendente all'organizzazione della struttura sociale implica che gli individui, i gruppi e le comunità sviluppino il loro proprio potenziale e siano rafforzati nella loro capacità di difendere e far valere i propri diritti.

9. Giustizia sociale

1 I professionisti del lavoro sociale fondano le loro azioni sui principi della giustizia sociale e sugli obblighi che ne conseguono per tutti i membri della società.

2 I professionisti del lavoro sociale esigono e sostengono strutture sociali e sistemi di solidarietà adatti alle persone e ai loro bisogni.

3 I professionisti del lavoro sociale, in ragione della disuguaglianza dei rapporti sociali, accordano un'importanza particolare alla giustizia sociale e ne traggono gli impegni fondamentali seguenti:

4 **Dovere di rifiuto di ogni discriminazione:**
La discriminazione, sia essa basata sulle capacità, l'età, la cultura, il genere e il sesso, lo statuto matrimoniale, lo statuto socio-economico, le opinioni politiche, le caratteristiche fisiche, l'orientamento sessuale o la religione, non può e non deve essere tollerata dai professionisti del lavoro sociale.

5 **Dovere di riconoscimento della differenza:**
I professionisti del lavoro sociale riconoscono la giustizia sociale, l'uguaglianza e il valore di tutti gli essere umani. Rispettano così le particolarità etniche e culturali e prendono in considerazione le differenze tra ogni essere umano, gruppo o comunità. Tuttavia, la priorità va alla promozione esplicita dell'accettazione incondizionata delle norme e dei valori di portata generale che non violano i diritti umani e che valgono per tutte le persone.

6 **Dovere di giusta ripartizione delle risorse:**
Le risorse di cui dispone una società da utilizzare per il benessere delle persone, devono essere ripartite secondo i bisogni in modo adeguato e giusto. In un contesto di riduzione delle risorse, è tanto più essenziale che le stesse siano ripartite in modo equo. I professionisti del lavoro sociale si impegnano a utilizzare con efficacia le risorse messe loro a disposizione. Nel contempo, devono difendere fermamente i sistemi di solidarietà contro gli abusi e basarsi su argomenti validi nella richiesta di maggiori mezzi finanziari, quando ciò si rivela necessario.

7 **Dovere di denuncia delle pratiche ingiuste:**
I professionisti del lavoro sociale hanno il dovere di segnalare pubblicamente e di declinare, in un contesto professionale, i mandati le cui disposizioni, misure o pratiche sarebbero opprimenti o ingiuste nei confronti dei destinatari.

8 **Dovere di solidarietà:**
Si dimostra particolarmente solidale colui o colei che denuncia l'esclusione e la disuguaglianza sociale, la stigmatizzazione, l'oppressione o lo sfruttamento degli esseri umani. Egli si oppone all'indifferenza nei confronti del disagio individuale, all'intolleranza nelle relazioni umane e all'opportunismo e disinteresse nella società.

IV PRINCIPI D'AZIONE E NORME DI CONDOTTA

10. Pratica fondata sull'etica

1 La pratica del lavoro sociale è eticamente fondata quando si riferisce ai criteri morali e ai fondamenti che sono alla base della professione.

2 I professionisti del lavoro sociale forniscono informazioni ai propri utenti sulle cause e sui problemi strutturali che possono essere all'origine della loro situazione di disagio e di esclusione; incentivano gli utenti ad utilizzare i propri diritti, le proprie risorse e capacità affinché avere un impatto sulle loro condizioni di vita.

3 I professionisti del lavoro sociale propongono, alle persone minacciate, una protezione e riparo nei confronti della violenza, degli abusi sessuali e di potere, delle minacce, delle umiliazioni, delle costrizioni, delle denunce ingiustificate, ecc.; essi si impegnano in favore del diritto alla formazione, alle pari opportunità, all'esercizio di una attività professionale e alla partecipazione alla vita politica e culturale.

4 I professionisti del lavoro sociale fondano il loro lavoro con gli utenti sulla fiducia e il rispetto. Li informano sui mezzi e i limiti del loro intervento, sul loro modo di lavorare e sulle loro scelte metodologiche, sul loro potere e sulle loro competenze, rispettivamente su l'eventuale coinvolgimento di altri professionisti. Essi costruiscono la propria attività professionale secondo i criteri teorici, metodologici ed etici della loro professione; ciò si applica anche, e in particolare, quando le circostanze li pongono in contraddizione con le autorità di cui sono direttamente dipendenti.

5 I professionisti del lavoro sociale valutano costantemente la loro attività dal punto di vista morale e professionale. A tale scopo, utilizzano le nuove conoscenze acquisite per accrescere le teorie e i metodi di lavoro e per arricchire il proprio bagaglio conoscitivo. Essi condividono queste conoscenze e le valorizzano con i loro colleghi e con le persone in formazione per il miglioramento del lavoro sociale.

11. Principi d'azione nei confronti della propria persona

1 I professionisti del lavoro sociale rispettano in ogni momento il valore e la dignità della propria persona e di conseguenza rispettano gli altri allo stesso modo.

2 Al di fuori dell'ambito professionale, considerate le proprie risorse e limiti, i professionisti del lavoro sociale prestano attenzione alle persone che si trovano in situazioni sociali precarie.

3 I professionisti del lavoro sociale agiscono in modo responsabile, soprattutto laddove sono confrontati con relazioni asimmetriche. Sono inoltre coscienti dei limiti delle proprie competenze.

4 I professionisti del lavoro sociale agiscono con cautela e sono coscienti del potere conferito loro dal proprio ruolo.

5 I professionisti del lavoro sociale sono attenti nello sviluppare costantemente le loro capacità personali e professionali, come pure la loro coscienza etica; si impegnano a contribuire allo sviluppo e al riconoscimento della professione.

6 I professionisti del lavoro sociale cooperano con gli istituti di formazione e sostengono i colleghi che iniziano nuove formazioni o perfezionamenti contribuendo così allo sviluppo delle loro competenze professionali.

7 I professionisti del lavoro sociale sono disponibili al confronto, all'aiuto e alla messa in discussione ricorrendo regolarmente, secondo i bisogni, all'intervisione, alla supervisione, al «coaching» e alla formazione continua.

12. Principi d'azione nei confronti degli utenti

1 Nella loro pratica professionale, i professionisti del lavoro sociale sono attenti ad adottare un'attitudine empatica adeguata nei confronti delle difficoltà altrui e di mantenere, nel contempo, la «giusta distanza» relazionale.

2 Quando gli utenti acquisiscono maggior autonomia, i professionisti del lavoro sociale, li rendono attenti non solo dei loro diritti, ma anche dei loro doveri.

3 I professionisti del lavoro sociale formulano, nei confronti degli utenti, solo richieste professionalmente ed eticamente fondate.

4 I professionisti del lavoro sociale trattano i dati personali sensibili con tutte le precauzioni necessarie. Attribuiscono una priorità di grado elevato alla protezione dei dati e al segreto professionale. Essi agiscono con cautela per quanto concerne l'obbligo di denuncia e di testimonianza.

5 I professionisti del lavoro sociale documentano le loro attività secondo gli standard riconosciuti (mantenimento e stesura dei dossier); evitano qualsiasi espressione discriminatoria o spregiativa e fanno rigorosamente la distinzione tra fatti verificabili, osservazioni proprie o altrui, come pure tra ipotesi, spiegazioni e interpretazioni.

13. Principi d'azione nei confronti delle organizzazioni del settore sociale

1 I professionisti del lavoro sociale si impegnano nei confronti del loro datore di lavoro ad effettuare il lavoro coscienziosamente, nel rispetto delle norme e dei principi del codice deontologico e fanno tutto il possibile affinché tali norme e principi siano considerati e rispettati dal servizio per il quale lavorano.

2 I professionisti del lavoro sociale analizzano gli eventuali conflitti legati agli obiettivi o alle divergenze di ordine etico, tra il personale e l'organizzazione per la quale operano e cercano soluzioni rispettose del codice deontologico. Nell'ambito dell'organizzazione, intrattengono e favoriscono il dialogo sull'etica nel lavoro sociale.

3 I professionisti del lavoro sociale si impegnano, nell'ambito dell'organizzazione nella quale operano, in favore di condizioni di lavoro soddisfacenti che proteggano la propria integrità e la propria salute; si impegnano inoltre per il miglioramento e lo sviluppo costante della qualità dell'organizzazione e del servizio.

14. Principi d'azione nei confronti della società

1 I professionisti del lavoro sociale, al fine del miglioramento sociale e politico della società, si impegnano ad attivare un lavoro di rete così da dimostrare l'affidabilità del lavoro sociale nella società.

2 I professionisti del lavoro sociale divulgano all'opinione pubblica, alla ricerca e alla politica, il loro sapere sui problemi sociali così come le loro cause e effetti a livello individuale e strutturale, contribuendo a rendere utili le proprie esperienze e riflessioni.

3 I professionisti del lavoro sociale si impegnano pure come cittadini per una società democratica e cosciente dei propri valori fondamentali, per la solidarietà e la difesa dei diritti umani, per l'uguaglianza e il trattamento non discriminatorio di tutti gli esseri umani e nella lotta contro qualsiasi forma di discriminazione.

15. Principi d'azione nei confronti della propria professione

1 Nelle proprie analisi, i professionisti del lavoro sociale fanno riferimento esplicitamente al sapere e alle conoscenze della professione. Nella presa di decisioni, si fondano su basi etiche.

2 I professionisti del lavoro sociale condividono le conoscenze professionali e la propria esperienza pratica con i colleghi. Sottopongono il proprio operato ad un controllo sistematico e collegiale e in collaborazione con la ricerca, si impegnano a portare uno sguardo critico e costruttivo sui propri errori.

3 I professionisti del lavoro sociale si rendono reciprocamente attenti sulle divergenze e sulle alternative possibili riguardo a procedure metodologiche da mettere in atto; esigono, da loro stessi e dai colleghi, il rispetto delle esigenze prescritte in tema di etica, di professionalità, di formazione e di politiche sociali concernenti la professione.

4 I professionisti del lavoro sociale si occupano di intrattenere tra loro delle relazioni collegiali corrette improntate alla trasparenza e al rispetto.

5 I professionisti del lavoro sociale riconoscono il presente codice deontologico e sostengono AvenirSocial nella sua opera di diffusione.

16. Principi d'azione nei confronti della cooperazione interprofessionale

1 I professionisti del lavoro sociale cooperano in maniera interdisciplinare nella ricerca di soluzioni ai problemi complessi; si impegnano affinché le situazioni e le loro interazioni siano analizzate nel modo più completo e transdisciplinare possibile.

2 I professionisti del lavoro sociale tengono conto delle proprie specificità professionali in qualsiasi cooperazione interprofessionale. Mettono il proprio sapere a disposizione in modo comprensibile nella ricerca di soluzioni ottimali grazie ad un dialogo e ad un confronto costante.

3 I professionisti del lavoro sociale, nell'ambito della cooperazione interprofessionale, si preoccupano di impostare i propri interventi su metodi scientifici. Ciò implica che si rispettino le regole della gestione di una procedura predefinita e la coordinazione e il controllo dell'intervento dentro e fuori l'organizzazione.

V OSSERVAZIONI FINALI

17. Validità

1 Il presente documento contiene le basi deontologiche del lavoro sociale, accettate da AvenirSocial e considerate come fondamentali da questa associazione.

2 I documenti menzionati qui di seguito devono essere considerati come parti integranti, rispettivamente come estensioni del codice deontologico, poiché completano gli intendimenti dello stesso:

- Lavoro sociale e trattamento dei dati personali (AvenirSocial)
- Profilo dei professionisti del lavoro sociale (AvenirSocial)
- Etica nel lavoro sociale. Presentazione dei principi (FITS/AIETS, 2004)

18. Procedura in caso di trasgressione del codice

1 La commissione di etica deontologica di AvenirSocial assume il ruolo di commissione consultiva e può essere interpellata per qualsiasi conflitto di interessi o per un dilemma etico rimasto senza risposta. La Commissione analizza gli interrogativi e le questioni deontologiche ed etiche e fornisce consigli e procedure finalizzati alla presa di decisione. Queste delibere possono, in seguito, essere pubblicate sotto una forma più generale e messe a disposizione del pubblico interessato.

2 Tutti gli organi di AvenirSocial sostengono l'importanza di un approccio costruttivo verso l'errore e quindi promuovono il processo di apprendimento permanente dei suoi membri e delle loro organizzazioni. Essi segnalano al comitato svizzero di AvenirSocial ogni trasgressione alle intenzioni del presente codice deontologico di cui verrebbero a conoscenza.

3 Il comitato svizzero di AvenirSocial deve trattare, su richiesta della commissione di etica deontologica, le trasgressioni al presente codice deontologico direttamente con le persone interessate, nella prospettiva di rimettere in questione il loro giudizio morale e professionale. Essa si riserva, nei casi gravi, la denuncia pubblica.

19. Disposizioni

1 Il presente codice deontologico è entrato in vigore al momento dell'approvazione da parte dell'organo superiore di AvenirSocial: l'Assemblea dei delegati del 25 giugno 2010. La sua applicazione è auspicata in tutti gli ambiti e settori dove è esercitata la professione di operatore sociale.

2 Il presente codice deontologico abroga il codice deontologico dell'associazione professionale AvenirSocial del 2005, che era il risultato di una revisione e fusione redazionale dei diversi codici delle associazioni aderenti.

3 In considerazione dei continui cambiamenti dei valori della società, e della pratica sempre in evoluzione è compito degli organi nazionali di AvenirSocial adattare, modificare o rifare, conformemente agli statuti, questo codice deontologico così da renderlo sempre attuale.

AvenirSocial
Segretariato Svizzera
Casella postale 8163
CH-3001 Berna
Tel. + 41 (0)31 380 83 00
Fax + 41 (0)31 380 83 01
info@avenirsocial.ch
www.avenirsocial.ch

avenirsocial

Professionelle Soziale Arbeit Schweiz
Professionnels travail social Suisse
Professionisti lavoro sociale Svizzera

Codice deontologico degli operatori sociali

Introduzione

Articolo 1
Concetto e fondamenti

1 Il codice deontologico contiene i fondamenti e gli obblighi etici e professionali elaborati da AvenirSocial, Professionisti lavoro sociale Svizzera, e validi per l'esercizio della professione.
2 Il codice deontologico si basa sulla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'uomo (1948), sulla Convenzione europea dei diritti dell'uomo (1953), sulla Carta sociale europea (1961) nonché sui diritti fondamentali, sui diritti dei cittadini e sugli obiettivi sociali della Costituzione federale svizzera (1999) e sul documento «Déontologie dans le travail social, déclaration de principes de la Fédération internationale des travailleurs sociaux» (FITS, 2004).
3 Oltre alle singole disposizioni del codice deontologico devono essere rispettate anche le impostazioni di fondo ivi espresse.

Articolo 2
Destinatari

1 Il codice deontologico è rivolto agli operatori sociali che svolgono funzioni nel settore del lavoro sociale. Per i membri d'AvenirSocial ha carattere vincolante.
2 Gli operatori sociali devono essere in grado di giustificare il loro operato professionale di fronte agli interessati e loro contesto sociale. In caso di conflitto devono poter rispondere della loro condotta davanti ad un gruppo legittimato di professionisti.
3 Il codice deontologico è vincolante per tutti gli organi dell'associazione e costituisce uno dei fondamenti delle loro prese di posizione.
4 Anche le organizzazioni, le associazioni e gli istituti di formazione del settore sociale sono invitati a rispettare il presente codice deontologico.

Articolo 3
Scopo e funzione

1 Il codice deontologico definisce direttive comportamentali per settori in cui il diritto vigente non contiene chiare disposizioni.
2 È uno strumento per la determinazione e la garanzia della qualità dell'operato professionale.

I principi del codice deontologico

Articolo 4
Condotta in generale

1 Gli operatori sociali rispettano la personalità e la dignità della persona. Evitano ogni forma di discriminazione, ad esempio in base ad appartenenza etnica, sesso, età, religione, stato civile, orientamento politico, colore della pelle, orientamento sessuale, handicap o malattia.
2 Si impegnano a sviluppare continuamente le proprie competenze cognitive e operative personali, professionali e proprie alla categoria al fine di ottimizzare le prestazioni offerte.
3 Si oppongono a pressioni che contraddicono gli obiettivi professionali ed etici del loro lavoro.
4 Non abusano della loro posizione professionale per ottenere vantaggi personali.
5 Utilizzano con parsimonia le risorse a loro disposizione e si adoperano per una ripartizione delle risorse commisurata alle esigenze.
6 Riflettono continuamente sulla propria attività e sul proprio ruolo professionale.
7 Sono consapevoli della propria posizione di forza e svolgono con consapevolezza la propria funzione. Impiegano le proprie conoscenze ed il proprio potere per denunciare e ridurre le ingiustizie.

Articolo 5
Condotta nei confronti di utenti/clienti

1 Gli operatori sociali fanno sì che i propri utenti/clienti siano o diventino maggiormente consapevoli dei propri diritti e doveri. Essi rispettano il loro diritto all'autodeterminazione. Fanno sì che gli utenti/clienti e/o i loro rappresentanti legali conoscano i limiti di questo diritto.
2 Essi informano gli utenti/clienti e/o i loro rappresentanti legali dell'entità e del genere di servizi disponibili nonché dei loro diritti e doveri, rischi e possibilità di ricorso, affinché possano valutarli.
3 Gli operatori sociali evitano gli abusi di potere in relazione alla propria funzione, ai propri mandati o alla conoscenza di una situazione specifica.
4 Promuovono e accompagno gli utenti/clienti verso una maggior autonomia e responsabilità. Rispettano la libertà di opinione e di decisione degli utenti/clienti.
5 Evitano azioni che possono limitare l'integrità fisica e psichica degli utenti/clienti.

Articolo 6
Dovere di discrezione

1 Gli operatori sociali rispettano il dovere di discrezione professionale. Trattano in modo confidenziale i dati sugli utenti/clienti. L'obbligo alla confidenzialità sussiste anche dopo la conclusione del rapporto professionale.
2 Nel caso in cui disposizioni legali o altri motivi determinano la sospensione del dovere di discrezione, gli operatori sociali ne informano anticipatamente ed in modo adeguato i propri utenti/clienti e/o i loro rappresentanti legali.
3 La collaborazione interdisciplinare deve essere comunicata agli utenti/clienti e/o ai loro rappresentanti legali.
4 La collaborazione può avvenire anche contro la volontà degli utenti/clienti, se ciò è giustificato da una norma legale o da interessi preponderanti di terzi.

Articolo 7
Obbligo di denuncia

Gli operatori sociali non denunciano gli utenti/clienti, eccetto nei casi per cui sussiste un obbligo di denuncia stabilito dalla legge. Sono possibili eccezioni se, all'esame accurato della situazione, risulta che gli interessi degli utenti/clienti o quelli di terzi sono seriamente minacciati e non vi sono altre possibilità d'intervento.

Articolo 8
Obbligo di testimoniare

Gli operatori sociali si adoperano per non dover sottostare all'obbligo di testimoniare stabilito dalla legge, nel caso in cui le loro testimonianze minaccino il rapporto di fiducia con gli utenti/clienti e la mancata testimonianza non costituisca un serio pericolo per gli interessi di terzi.

Articolo 9
Raccolta, gestione, conservazione e divulgazione di dati personali

1 Gli operatori sociali raccolgono le informazioni necessarie direttamente dagli utenti/clienti. Contro la volontà degli utenti/clienti si possono raccogliere informazioni da terzi soltanto se ciò è previsto da una disposizione legale o se è giustificato da interessi preponderanti degli utenti/clienti o da quello di terzi. Gli utenti/clienti e/o i loro rappresentanti legali devono esserne informati.
2 Gli operatori sociali riportano nella documentazione professionale (dossier) soltanto i dati necessari per lo svolgimento del loro lavoro ed i rapporti necessari per i loro interventi. La dignità e l'integrità degli interessati devono essere garantite.
3 Tutti documenti inerenti le situazioni trattate sono di proprietà del servizio e dell'istituzione. In caso di cessazione dell'attività del servizio o dell'istituzione o della sue continuazione a titolo non professionale, la conservazione della documentazione deve continuare ad essere garantita.
4 Su richiesta, gli operatori sociali garantiscono agli utenti/ clienti e/o ai loro rappresentanti legali il diritto di consultare la documentazione relativa alla loro persona. Questo diritto può essere negato, limitato o differito se una norma legale lo prevede o se ciò è reso necessario da interessi preponderanti di terzi. Qualora non sia possibile informare direttamente gli utenti/ clienti, le informazioni devono essere trasmesse ad una persona di fiducia scelta di comune accordo.

Articolo 10
Condotta nei confronti dei colleghi e di altre figure professionali

1 Gli operatori sociali collaborano con altre figure professionali.
2 Presentano appropriatamente i pareri e le qualifiche dei loro colleghi e li difendono da accuse ingiustificate.
3 Rendono attenti i colleghi qualora i loro comportamenti non rispettassero le norme deontologiche del presente codice.

Articolo 11
Condotta nei confronti del datore di lavoro

1 Gli operatori sociali si impegnano nei confronti del loro datore di lavoro a svolgere accuratamente il loro mandato in base alle norme ed ai principi della loro professione.
2 Essi collaborano al raggiungimento degli obiettivi e allo sviluppo dell'istituzione, al fine di migliorare la qualità dei servizi offerti.
3 Essi sono disposti ad affrontare apertamente i conflitti collaborando al reperimento di soluzioni costruttive.

Articolo 12
Condotta nei confronti dello Stato e della società

1 Gli operatori sociali collaborano al superamento dei disagi sociali e sviluppano soluzioni adeguate.
2 Essi si impegnano per promuovere la partecipazione di tutti alla vita sociale, alla fruizione delle risorse e delle prestazioni basilari da parte di coloro che ne hanno bisogno e per l'introduzione, o la modifica, di misure e leggi miranti ad incrementare la giustizia sociale.
3 Essi incoraggiano le persone interessate a partecipare ai processi sociopolitici decisionali.

Articolo 13
Condotta nei confronti della professione

1 Gli operatori sociali condividono le conoscenze professionali e la propria esperienza pratica con i colleghi e con altri gruppi professionali, contribuendo in tal modo all'ampliamento del sapere specialistico.
2 Essi si impegnano per la formazione di nuove leve e per la formazione continua degli operatori sociali.
3 Essi promuovono la formulazione colletiva e l'attuazione di rivendicazioni politiche e sociale, in particolare aderendo all'associazione professionale AvenirSocial.

Articolo 14
Diritto alla consulenza

1 Gli operatori sociali che a causa delle disposizioni del presente codice deontologico si trovano in conflitto con utenti/clienti, colleghi, superiori o altre istanze pubbliche o private, possono rivolgersi ad AvenirSocial.
2 AvenirSocial garantisce consulenza e sostegno ai suoi membri.

Applicazione del codice deontologico

Articolo 15
Segnalazione di violazioni e conflitti

Le questioni e i conflitti derivanti dall'applicazione del presente codice deontologico possono essere sottoposte dai membri d'AvenirSocial, dagli utenti/clienti e dalle sezioni d'AvenirSocial alla commissione per l'etica professionale d'AvenirSocial. Se tale commissione viene a conoscenza di gravi infrazioni al presente codice o a disposizioni legali vigenti, deve entrare in merito e procedere di sua iniziativa.

Articolo 16
Competenze della commissione per l'etica professionale

1 La commissione per l'etica professionale d'AvenirSocial è l'organo cui spetta la sorveglianza del rispetto del codice deontologico. È tenuta a dare consigli, occuparsi delle violazioni e sanzionare comportamenti illeciti.
2 Sulla base del presente codice la commissione sviluppa una pratica di autocontrollo collegiale ed una casuistica inerente l'etica professionale.
3 Promuove l'aggiornamento costante del codice deontologico.

Articolo 17
Condizioni e sanzioni

1 La commissione per l'etica professionale definisce misure e sanzioni adeguate nei confronti dei membri che violano il codice deontologico.
2 A seconda della gravità della violazione del codice deontologico possono essere emesse le seguenti sanzioni:
- richiamo
- espulsione dall'associazione
- espulsione con informazione dei terzi interessati

3 L'espulsione deve essere decisa dal Comitato svizzero d'AvenirSocial.

Articolo 18
Diritti degli interessati

1 Le sanzioni sono emesse dopo aver sentito gli interessati.
2 Gli interessati possono inoltrare ricorso contro le decisioni della commissione, entro trenta giorni, al Comitato svizzero d'AvenirSocial.
3 Gli interessati possono inoltrare ricorso contro le decisioni del Comitato svizzero d'AvenirSocial, entro trenta giorni, all'Assemblea dei delegati d'AvenirSocial. La decisione di quest'ultima è irrevocabile.

Articolo 19
Disposizioni finali

1 Il presente codice deontologico è stato approvato dal Comitato svizzero d'AvenirSocial il 4 marzo 2006, data della sua entrata in vigore.
2 In caso di dubbio fa testo la versione tedesca.
3 AvenirSocial si impegna ad adattare il codice in funzione dell'evoluzione della professione.

AvenirSocial
Segretariato generale
Casa postale 8163
CH-3001 Berna
Tel. + 41 (0)31 382 28 22
Fax + 41 (0)31 382 11 25
info@avenirsocial.ch
www.avenirsocial.ch

© AvenirSocial, 2006