

DAI MEZZI AI FINI: PER UNA POLITICA PROFESSIONALE NEL NUOVO PROFESSIONALISMO

Willem Tousijn

già professore ordinario di Sociologia dei processi economici e del lavoro Università degli studi di Torino

Quando mi proposero l'argomento di questo seminario rimasi sorpreso, e lo sono ancora. Seguo il mondo delle professioni sanitarie da molti anni ma raramente ho sentito parlare di Politica. Concordo con quanto affermato dalla Prof.ssa Galletti riguardo all'affermazione che il rapporto fra i professionisti sanitari e la politica è complesso. C'è una motivazione teorica dietro questa complessità, che attiene al concetto di professionalismo, su cui non vorrei soffermarmi molto perché molti di voi lo avranno già ascoltato nei miei corsi. La tesi che vorrei sostenere in questo mio intervento è che questo modello tradizionale di professionalismo viene oggi superato da un nuovo modello – nuovo professionalismo - che richiama inevitabilmente l'attenzione sulla politica, ovvero sulle politiche sociali e sanitarie.

Professionalismo tradizionale e politica

Sul modello tradizionale cito i pochi concetti fondamentali che molti di voi già conoscono.

La centralità della conoscenza scientifica - appresa attraverso processi di formazione formali all'interno dell'università - produce quello che gli economisti chiamano "asimmetria informativa" tra produttore e consumatore, tra produttore del servizio e utente, e conferisce al produttore del servizio quel noto concetto di autonomia professionale, in base al quale tutti i professionisti di tutte le professioni rivendicano il diritto, oltre che il dovere, di prendere le decisioni fondamentali sulle cose da fare. È un'autonomia che ha una dimensione tecnica e anche una dimensione etica, espressa nei codici deontologici che le professioni si danno.

Questa situazione produce quell'effetto d'individuazione di uno spazio giurisdizionale sul quale i professionisti rivendicano il monopolio - monopolio è una parola imprecisa ma molto usata - sulla quale rivendicano il controllo. E questa situazione ha dato luogo ai noti conflitti interprofessionali, come quello tra infermieri e medici che è uno degli esempi più interessanti.

Il concetto di professionalizzazione è individuato come la capacità di una professione di creare un mercato dei propri servizi professionali e di acquisirne il controllo attraverso il processo di istituzionalizzazione della professione e la creazione degli ordini professionali.

Allora parliamo un po' di questo elemento centrale della conoscenza scientifica. Esso equivale a una razionalità che qualcuno ha chiamato razionalità tecnica o strumentale; ovvero, il professionista si occupa dei mezzi con cui raggiungere certi fini, ma non si occupa dei fini. Torneremo su questo punto. Per adesso mi limito a suggerire che in una prospettiva di questo tipo – concentrarsi sui mezzi che richiedono una formazione specialistica prolungata, competenze elevate acquisibili in molti anni con studi ed esperienze – non si parla mai dei fini. Questo tipo d'impostazione produce un'immagine di neutralità dei professionisti rispetto alla politica. Come dire, una sorta di divisione del lavoro: i politici sono lì per indicarci i fini; una volta che loro hanno individuato i fini, noi professionisti ci occupiamo dei mezzi. Se ci dite che dobbiamo vaccinare la popolazione – tanto per toccare un tema non proprio trascurabile – noi sappiamo quando vaccinarli, come vaccinarli; insomma, lo facciamo efficacemente. Non tutti per la verità. Qualcuno di voi forse ha deciso di non farlo. Questo vuol dire che questo tema dei fini, cacciato dalla porta, rientra dalla finestra.

Più che ignorare i fini, in generale in medicina, ma anche in altre professioni, i fini vengono dati per scontati. Non è che non c'è un fine in quello che fate. Il fine è curare le persone, possibilmente guarirle, allontanare la morte, recuperare la funzionalità. È abbastanza scontato.

Questa prospettiva dei fini dati per scontati, in realtà, non ha un carattere storicamente immutabile. È una finalità, o un insieme di finalità, che storicamente si è affermata nell'ottocento con l'avvento della medicina scientifica. E in particolare con il paradigma biomedico in cui sono state fissate le finalità della guarigione della malattia e della lotta contro la morte, che hanno consentito di orientare la ricerca scientifica e l'acquisizione delle conoscenze delle vostre professioni – qui parlo in generale delle professioni sanitarie, inclusa la professione medica perché ovviamente ha guidato tutto il processo – .

Questa situazione si configura come una specie di doppio riduzionismo. Il paradigma biomedico ha prodotto due meccanismi di riduzione; il che conferma il carattere rivoluzionario della medicina scientifica di fine ottocento e di tutto il novecento. La persona – il paziente – viene ridotto alla malattia, e la malattia viene ridotta all'organo malato. Non è Mario Rossi che ha male al fegato; è un fegato. Che cosa pensi Mario Rossi del suo fegato è poco rilevante. Sappiamo che sta male, è venuto da noi perché sta male, e abbiamo individuato che il problema è il fegato. Quindi, noi ci occupiamo del fegato e non di Mario Rossi.

Prima riduzione, quindi: dalla persona alla malattia

Seconda riduzione: dalla malattia all'organo malato.

Attenzione, però, che questo che ho chiamato riduzionismo – che è un termine che ha un significato negativo – è ciò che ha consentito alla medicina i suoi successi spettacolari nel corso del '900. È riducendo Mario Rossi a un fegato che abbiamo potuto curare il suo fegato e, quindi, salvare Mario Rossi. Quindi, il riduzionismo della medicina funziona e funziona bene, se gli obiettivi sono la guarigione della malattia e la lotta contro la morte.

Questo conferisce alla medicina un carattere di "oggettività". Termine delicato e pericoloso. Però lo uso perché mi pare che renda bene l'idea. Cioè, la medicina scientifica è oggettiva. Questa operazione – vorrei far notare – non è esclusiva della medicina. Le discipline scientifiche si sono tutte affermate con meccanismi analoghi. E qui richiamo quello dell'economia.

In economia c'è un grosso dibattito a cui posso solo fare un cenno rapidissimo. Ve lo segnalo perché presenta elementi interessanti, secondo me, anche per la vostra disciplina. Mi riferisco a quella che Latouche ha chiamato l'invenzione dell'economia. Cioè da Adam Smith [*La ricchezza delle nazioni* – 1776] in poi, tutta la scienza economica, dall'ottocento a oggi, adotta modelli teorici di analisi degli scambi economici – nel fenomeno della produzione della ricchezza – sulla base dell'espunzione dell'etica dall'economia. Cioè, l'economia non è una questione etica; essa è mossa, si spiega e funziona in base all'interesse delle persone. Quando voi andate a comprare qualcosa avete un bisogno che volete soddisfare, l'interesse vi porta a massimizzare il risultato in funzione dei mezzi che avete. Questo significa che il problema "a che cosa serve l'economia" e dove deve portarci, cioè il problema dei fini, è stato buttato fuori. Il fine dell'economia è ovvio: diventare tutti più ricchi. È ovvio il fine di ciascuno di voi quando fa l'attore economico, cioè tutti i giorni: guadagnare il più possibile e spendere il meno possibile. Non si discute.

Questa questione del "non si discute" oggi è stata messa in crisi anche in economia. Forse il fenomeno politico più evidente è quello delle politiche economiche restrittive dell'Unione Europea: l'austerità. È una politica economica presentata come neutrale: bisogna farla per forza perché se no.... c'è la crisi, l'inflazione, il divario dei tassi di interesse cioè, tutte ragioni tecniche per le quali bisogna prendere certe decisioni e fare certe scelte.

Anche in economia segnalo un fenomeno di cui adesso voglio parlare anche per la medicina: il ritorno dell'etica. Ritorno perché i grandi classici, a partire da Adam Smith l'avevano ben presente questo problema dell'etica; è stato accantonato dopo di loro, ma loro l'avevano ben presente. Per esempio il fenomeno della responsabilità sociale dell'impresa, argomento criticatissimo. Molte imprese, dopo i grandi scandali (ad esempio quello della Parmalat), hanno intrapreso questa strada della responsabilità sociale dell'impresa, dei bilanci etici e così via. Poi ci sono i fondi etici, banca etica cioè tutta una serie di istituzioni che recuperano la dimensione etica. E qui cito gli ultimi due sviluppi teorici: l'economia delle convenzioni e l'economia fondamentale. Sono due indirizzi teorici molto recenti, che mi sembrano promettenti.

Convenzioni vuol dire che non siamo neutrali; ci dobbiamo mettere d'accordo su quanto costa l'acqua. Forse non su quanto costa il dentifricio, perché se costa troppo non lo compriamo. Ma l'acqua no. Ci sono alcuni beni su cui bisogna fare delle convenzioni, cioè degli accordi. A questo punto recuperiamo già la dimensione politica. Per stabilire quanto costa l'acqua e stabilire se deve essere pubblica o privata, ci vuole la politica. L'economia fondamentale riguarda l'accesso ai beni fondamentali per la vita quotidiana della collettività. Alcuni beni funzionano con una logica di mercato che è quella che hanno studiato gli economisti; per altri beni dobbiamo recuperare una dimensione di finalità e d'intervento della politica.

Il nuovo professionalismo

Se questa è la situazione delle discipline scientifiche - e, quindi, possiamo tornare alla medicina in particolare - che ha dato luogo a quello che ho chiamato il vecchio professionalismo, il modello tradizionale di professionalismo, ci sono alcuni fattori di cambiamento.

L'aumento dei livelli di istruzione.

La diffusione di orientamenti post-moderni. Modernità vuol dire fiducia incrollabile nella scienza, quella che ci ha portato sulla Luna. Sulla fiducia nella scienza oggi sono sorti dubbi che qualcuno ha teorizzato con il termine di società post-moderna, cioè di "biografia della scelta", di capacità dell'individuo di prendere delle decisioni; e, quindi, sul nucleare si vota. Il nucleare è una questione tecnica, molto tecnica – chi capisce qualcosa su tutte le grandi questioni che hanno a che fare con il nucleare? – però se anche non ci capiamo molto vogliamo votare. Questo è un recupero di soggettività rispetto all'oggettività della scienza.

Nel campo sanitario, in particolare, c'è una specie di transizione epidemiologica verso un peso crescente delle patologie croniche e delle patologie multiple. E questo cambia qualcosa nella prospettiva dei professionisti sanitari. E questo qualcosa è la riscoperta della soggettività. Su questo termine sono altrettanto timoroso quanto su quello di oggettività. È una coppia concettuale problematica. Però proviamo a ragionarci.

Cambiano i fini della medicina perché al centro c'è la qualità della vita del paziente. Per un paziente che ha ottant'anni e quattro patologie, lo scopo tradizionale della medicina di guarire il paziente è già svanito. Gli elementi tradizionali di fare una diagnosi accurata al paziente cominciano anche loro a ridursi d'importanza. Al paziente interessa sapere non se il suo diabete è di tipo 1 o 2, ma quanto gli resta da vivere e come potrà vivere nei prossimi anni. Cioè, gli interessa la qualità della vita. Allora, se voi cambiate questa prospettiva – dalla guarigione alla qualità della vita – cambia anche la posizione del professionista e del paziente. Sulla qualità della vita decido io, non decide il professionista sanitario. Possiamo decidere insieme però c'è un nuovo peso della soggettività.

Ci sono una serie di paradigmi che sono già dibattuti, per esempio, quello di Engel – che ha già più di trent'anni – della medicina bio-psico-sociale. Ha avuto le sue brave critiche anche questo paradigma perché con il caricare i professionisti sanitari di una dimensione bio e in più quella psico e anche quella socio, si va a disturbare altri professionisti (psicologi, sociologi ecc.) e a richiedere ai professionisti sanitari di fare ciò per cui non sono formati.

Senza entrare nel merito dei singoli paradigmi, la medicina narrativa è una medicina che cerca un approccio alla malattia che recupera la soggettività.

E poi, la medicina centrata sul paziente, addirittura la medicina soggettiva – che sembra una specie di ossimoro, perché la medicina non è mai stata soggettiva – e anche il concetto di olistico che nella vostra disciplina ha avuto così successo, mi sembra che tutte queste idee vadano in questa direzione.

Stiamo andando in questa direzione?

Io segnalo questi fermenti teorici, ma l'impressione, da esterno, è che in realtà si vada da un'altra parte. Il paradigma neo-scientista, le nuove tecnologie, l'EBM, l'EBN, la genomica solo la mappatura del genoma è costata miliardi e anni di lavoro di migliaia di ricercatori Se devo guardare alle cifre economiche, la medicina sta andando di là, non di qua; sta andando verso l'espunzione completa del soggetto. Se noi individuiamo la malattia prima della nascita, non abbiamo ancora il soggetto e già lo curiamo. Cominciamo a curare il soggetto prima della nascita, che cosa c'è di maggior oggettivizzazione?

Allora, su questa battaglia di paradigmi si è scatenato un dibattito sul nuovo professionalismo, in particolare quello medico perché i medici sono stati piuttosto sensibili a questa svolta verso la soggettività. Molte associazioni mediche hanno lavorato, hanno istituito dei comitati per rivedere i codici deontologici. Il limite che vedo in questo sforzo compiuto dalla professione medica è quello di essere uno sforzo di recupero dei valori fondanti della medicina – che sono quelli che sono stati compromessi dagli scandali, soprattutto da quelli inglesi -. Se voi leggete la proposta di nuova base valoriale della professione medica, vi rendete conto che è meno nuova di quello che vogliono far credere, perché ritrovate i valori vecchi (altruismo, onestà, onore, rispetto reciproco). Attenzione. C'è qualche elemento importante di novità, ad esempio il perseguimento dell'eccellenza e l'*accountability* (la missione dei professionisti di rendere conto all'esterno di quello che fanno). Però, il punto debole è che è un approccio prescrittivo, per cui ci si siede intorno a un tavolo, qualcuno tira fuori un nuovo codice deontologico e poi si aspetta che i professionisti lo

rispettino. Questa storia che i professionisti rispettino o meno i codici deontologici non è nuova, e non ho il tempo di svilupparla qui. Mi sembra un obiettivo di riforma strumentale. Questo perché l'accento di questa impostazione è sui valori.

Dai valori ai fini

Allora io provo a proporvi di distinguere i valori dai fini. Convenzionalmente i valori sono a un livello di astrazione superiore mentre i fini stanno un po' sotto. Se io dico che un valore è l'uguaglianza, ad esempio tra uomo e donna, il fine riguarda le *policies*. Sull'uguaglianza, o sul valore della vita umana, o sulla giustizia, mi pare difficile che possiamo entrare in conflitto se ci riferiamo alla loro concezione generale. Entriamo in conflitto su un livello più basso, quello dei fini; su come si fa ad arrivare all'uguaglianza.

Allora, il fatto che voi abbiate dato sempre grande importanza ai valori è testimoniato da queste idee che ho pescato dal vostro Codice Deontologico. Equità e giustizia (art. 4), rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo (art. 5), salute come bene fondamentale dell'uomo e della collettività (art. 6) preso dalla Costituzione, anche se in questa troviamo il termine diritto più che di bene – il tema del diritto alla tutela della salute è giuridicamente complesso - .

Perché è necessario tradurre il valore della salute in fini di *policies*, di politiche sanitarie? Perché dire che la salute è un valore condiviso, su cui tutti siamo d'accordo, non serve a nulla e non è vero perché, ad esempio, qualcuno di voi fuma, qualcuno di voi fa una dieta poco corretta dal punto di vista nutrizionale. Certo tutti quanti diciamo: come stai? La salute viene prima di tutto, ma non è del tutto vero; è insufficiente, non descrive tutti i comportamenti umani.

Quale salute?

Proviamo a ragionare come ha fatto Fuchs, un economista sanitario, già quarant'anni fa, dicendo: attenzione, il problema sono le scelte. Quale salute? I passi avanti li facciamo se cominciamo a chiederci "quale salute". Per esempio, lo schema di Fuchs, che io ho un po' riadattato, già traduce questa domanda – quale salute – in alcune domande diverse.

Primo: quanti soldi ci mettiamo sulla salute? Centodieci miliardi mi pare sia il bilancio italiano sulla salute. E tutti gli anni il Ministero della salute cerca di farlo salire a centoundici, ma il Tesoro chiede di farlo scendere a centonove – un miliardo in più o in meno non sono bruscolini - . Però, a monte di tutto c'è il fatto che se spendiamo un miliardo in più per la salute, una delle opzioni politiche possibili è spendere un miliardo in meno nell'istruzione o in benzina per le macchine della polizia o in fotocopie per i professori universitari. E tutti quanti si lamentano. E questa è una scelta della politica su cui i professionisti delle singole aree ovviamente tendono tutti a portare acqua al loro mulino.

Secondo: cura o prevenzione? Insomma, una campagna di prevenzione o uno *screening* di massa costano un sacco di soldi. Una macchina per fare le TAC costa un sacco di soldi. Quale delle due – cura o prevenzione - produce più salute? Forse qui i professionisti hanno qualcosa da dire.

Terzo: oggi o domani? I soldi utilizzati per la salute sono catalogati come "spesa". E chiamarli "investimenti"? la spesa è un consumo, l'investimento produce utilità domani.

Quarto: ospedale o territorio? Qui si sfonda una porta aperta perché la professione infermieristica ha elaborato già molte idee su questo, sulla medicina territoriale. Il che vuol dire aver recepito, oltre alle competenze tecniche su che cos'è la medicina territoriale e su come gli infermieri propongono che venga svolta, una finalità: meno ospedali e più territorio. Questa è una scelta sui fini, attenzione, non sui mezzi.

E poi, chi la fa la salute? medici, infermieri, fisioterapisti ecc. Lotte accanite da duecento anni su chi deve fare che cosa.

Altra domanda: la tua vita o la mia? Mi sembra un quesito più nuovo e interessante. Gli economisti parlano di "scelte tragiche" che non sono solo quelle a cui necessariamente pensate voi. In sanità ovviamente si ha a che fare con la vita e la morte e le scelte qualche volta sono tragiche. Ho trattato questo tema dal titolo di un libro che afferma che queste scelte tragiche sono quelle che creano conflitti tra valori: la giustizia, l'uguaglianza, la parità. Quando perseguendo una cosa non posso perseguirne un'altra. Scelte tra valori che entrano in competizione tra di loro. E qui le domande diventano due. Primo, come le istituzioni allocano le risorse scarse? c'è uno studio del 2016 della mia collega Nicoletta Bosco sul caso dell'epatite C. L'anno

scorso c'erano 180000 malati di epatite C in Italia e il fondo per comprare il farmaco – 37000 euro per ciclo di cura – permette di curare solo 50 mila persone. E degli altri 130000 che cosa ne facciamo? Perché 50000 e non 60, 40 mila? E come li scegliamo questi 50000? Questo comporta uno slittamento alla seconda domanda: come i professionisti allocano le risorse scarse? Voi direte: ma noi non allochiamo niente. C'è un direttore che alloca. Non è vero. I professionisti sanitari allocano risorse. Eccome, soprattutto i medici. Se prescrivono un esame o non lo prescrivono fa differenza in termini di soldi.

E qui suggerirei un po' di riflessione sui metodi che i professionisti adoperano per allocare le risorse, prendere le decisioni, terapeutiche per esempio. Elster ha lavorato un po' su alcuni criteri. Il criterio della compassione: il professionista è indirizzato a curare l'emergenza che ha sotto gli occhi. L'effetto della compassione ha a che fare con il concetto di gravità. Curiamo prima i più gravi. C'è uno studio condotto su unità di terapie intensive in California che ha dimostrato che spostando le cure dai malati più gravi a quelli meno gravi il tasso di mortalità è passato dall'80% - quando si curavano i più gravi – al 20% - quando si è lasciato morire i più gravi e si sono concentrate le cure sui meno gravi. Non so se ci avete mai pensato. Probabilmente sì. Questo fa sì che i professionisti si interrogano sui fini non sui mezzi. Come salvare questa gente è scritto nei manuali, nelle linee guida, l'avete studiato a scuola; ma se dovete salvare Tizio invece che Caio, nessuno ve lo ha mai insegnato. Però lo fate, salvate Tizio piuttosto che Caio. Non è che non lo fate: scelga qualcun altro per carità, quando si può far scegliere a qualcuno altro, per esempio i parenti questo avviene. Ma quando non si può, voi affrontate un bel problema.

Quindi, parlare di fini è meglio che parlare di valori, perché i valori sono fini senza i mezzi. E quando i fini sono condivisi da tutti non c'è problema. Ma il problema è che nelle politiche sanitarie, e in generale nelle varie *policies* nei vari settori, i fini non sono condivisi da tutti, sono addirittura, a volte, contraddittori, controversi. È per questo che i professionisti non possono sottrarsi alla questione dei fini.

La questione dei fini

Allora, concluderei con un esame di tre possibili approcci a questa questione dei fini.

Primo, l'approccio tecnocratico-manageriale: faccio appello alle mie conoscenze scientifiche e mi attendo che l'opinione pubblica, i miei pazienti, i politici ecc. si fidino delle mie competenze scientifiche, perché lì ci sono le soluzioni. Non è vero. Sarebbe comodo ma non è sempre vero. Questo approccio va incontro a serie di critiche e difficoltà. Prima di tutto perché privilegia certi tipi di conoscenza a scapito di altri (Payne 2001), per esempio l'*Evidence Based Nursing* al posto dell'analisi dei bisogni del paziente. In secondo luogo perché considera i fini come scontati, genera espulsioni (Sassen 2015, Bosco 2016) – espulsione è un termine usato da Sassen e ripreso da Bosco per il caso dell'epatite C laddove 130000 italiani sono rimasti senza cura e di fatto sono stati espulsi dal *welfare state*; genera diseguaglianze (Cappellato 2017), la ricerca di Cappellato sugli assistenti sociali ha mostrato come i professionisti di prima linea, operando sulla linea del fronte, fanno delle categorizzazioni; per le assistenti sociali si tratta, ad esempio, di categorizzazione in base ai livelli di reddito, presenza o assenza di reti, che ammette o meno all'uso dei servizi.

Seconda prospettiva, l'approccio etico. Non metto in discussione l'assoluta indispensabilità dell'approccio etico. Per approccio etico intendo quello fondato sui valori morali dell'individuo. È fondamentale ma non è sufficiente. Intanto perché ci sono persone che non seguono il codice deontologico – per essere chiari – e neanche la morale comune. Per i professionisti questo approccio, come ha insegnato la sociologia delle professioni, è tradizionale. C'è un processo di selezione all'ingresso, c'è un processo di socializzazione durante i corsi formativi, ci sono i codici deontologici. Mi è piaciuto questo articolo 16 del vostro codice "L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana". Caspita! Intanto "si attiva" - che non è male – poi, "per l'analisi dei dilemmi etici" che è una materia delicata. Che ci sia bisogno di uno sforzo di analisi mi sembra importante. Però, anche lì, non è sufficiente. Poi ci sono i comitati di bioetica – lungi da me l'idea di volerli sminuire I comitati di bioetica sono fondamentali, ma non sono facilmente in grado di scegliere, perché i valori non sono condivisi. I comitati di bioetica al massimo ci dicono quali sono i valori in gioco; il che non è poco, perché spesso noi ci dimentichiamo qualche valore. Loro fanno un'analisi; però, poi, sono spaccati, non danno indicazione di dove andare e quali valori dobbiamo perseguire.

Secondo me, l'unico approccio importante è quello politico. Quindi, ben venga questo seminario. Le politiche sociali come discorsi pubblici; tutti siamo d'accordo sul fatto che il discorso pubblico oggi è

degenerato a livelli intollerabili. Io credo che i professionisti possono fare molto per ridurre gli effetti dei veleni attualmente in circolazione. Ho citato il caso delle vaccinazioni perché, ovviamente, è nella mente di tutti noi, è su tutti i giornali. M'interessa farvi notare che su questo problema delle vaccinazioni – su cui sospetto di sapere come la pensiate – c'è un problema di narrazione: se qualcuno ha deciso di non vaccinare i propri bambini vuol dire che c'è un errore di narrazione da parte delle professioni sanitarie; non l'avete spiegato abbastanza bene. L'avete dato per scontato e avete fatto male. Ai miei tempi era scontato, nessuno aveva mai discusso se io dovessi o no essere vaccinato. Se oggi c'è qualcuno che lo mette in discussione, questo è un problema di fini. Questo qualcuno ha intravisto qualche fine che è in conflitto con il vostro. Per esempio, i fini delle multinazionali del farmaco. È una narrazione diversa che in questa minoranza della popolazione – per fortuna è una minoranza – ha prevalso. Allora compito delle professioni scientifiche è di fornire argomenti convincenti. Dewey già nel 1927 aveva detto che i professionisti possono agire come catalizzatori di intelligenza sociale. È una frase bella, forse un po' criptica. Cioè, credo che abbiate un grosso contributo da dare come attori delle politiche sociali, attori delle *policies*. Ma parlate di fini oltre che di mezzi! Tutto fondato sulla conoscenza scientifica, ovviamente, ma recuperate la dimensione dei fini. Mi pare che l'auspicio dell'art. 47 del vostro Codice deontologico - "l'infermiere contribuisce a orientare le politiche sanitarie" – sia pienamente da mettere in attuazione.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bosco, N. (2012), *Non si discute*, Torino, Rosenberg & Sellier
- Bosco, N. (2016), *Esclusione ed espulsione economico-sociale nell'Italia della crisi: i soggetti, i processi*, Paper per la IX Conferenza ESPAnet Italia, Macerata
- Cappellato, V. (2017), *Categorizzazione e microrazionamento: dilemmi, tensioni, vincoli ed effetti imprevisti*, in W. Tousijn e M. Dellavalle (a cura di), *Logica professionale e logica manageriale. Una ricerca sulle professioni sociali*, Bologna, Il Mulino
- Dewey, J. (1927), *The Public and its Problems*, in Boydston J. (a cura di), *John Dewey. The Later Works*, Southern Illinois University Press, Carbondale, 1981-1990, vol.2, 253-272
- Elster, J. (1995), *Giustizia locale*, Milano, Feltrinelli (ed. or. 1992)
- Fuchs, V.R. (1974), *Who Shall Live?*, New York, Basic Books
- Latouche, S. (2010), *L'invenzione dell'economia*, Torino, Bollati Boringhieri
- Payne, M. (2001), *Knowledge Bases and Knowledge Biases in Social Work*, in *Journal of Social Work* 1(2): 133-146
- Sassen, S. (2015), *Espulsioni*, Bologna, Il Mulino
- Schoen, D. (1993, ed.or. 1983), *Il professionista riflessivo*, Bari, Dedalo