



## **Lavoro in equipe** ***Valore qualitativo aggiunto al processo assistenziale nella RSA***

*Pubblicazione realizzata da: Avv. Riccardo Novi direttore generale della Fondazione, Resp. Risorse umane Francesco Dragonetti, dott.sa Valentina Balestri assistente sociale e coordinatrice di strutture, infermiera Francesca Beccani, fisioterapista Alice Brachini*

**Fauglia, 8 Ottobre 2014**

**Pag. 1**



## **Indice:**

**I – Introduzione;**

**II - Il lavoro in equipe: definizione e prospettiva generale;**

**III - Profilo normativo;**

**IV - Profilo economico;**

**V - Profilo qualitativo;**

**VI – Profilo quantitativo;**

**VII – Aspetti rilevanti per ottimizzare il lavoro in equipe;**

**VIII – Eventuali criticità della metodologia di lavoro in equipe;**

**IX – Principali modalità di lavoro in equipe nelle RSA;**

**IX.A - Lavoro di base in equipe;**

**IX.B - PAI;**

**IX.C - Riunioni d'equipe;**

**IX.D - Attività direzionale partecipata;**

**X – Esperienza del lavoro in equipe nell'ambito operativo delle diverse figure professionali;**

**X.A – Il punto di vista del coordinatore nel lavoro in equipe;**

**X.B – Il ruolo dell'infermiera e dell'equipe di struttura quale valore aggiunto;**

**X.C – Fisioterapista;**

**XI – Proposte ed osservazioni operative conclusive.**

## **I – Introduzione**





La presente pubblicazione non è altro che una riflessione svolta 'a voce alta' circa l'esperienza ormai quinquennale svolta congiuntamente da responsabili ed operatori socio-sanitari della Fondazione 'Madonna del soccorso' ONLUS di Fauglia (PI) che gestisce le seguenti tipologie di servizi: RSA 'Madonna del soccorso' di Fauglia (PI), RSA 'Madonna del Rosario' di Orentano (PI), Servizio di assistenza domiciliare ed Agenzia formativa accreditata dalla Regione Toscana. Le strutture socio-assistenziali residenziali della nostra Fondazione sono tutte accreditate ai sensi della LRT 82/09 e Reg. attuativo 29/9 e convenzionate rispettivamente con la ASL n. 5 di Pisa e la ASL n. 11 di Empoli. La Fondazione gestisce inoltre l'Asilo nido 'Pio Pio' di Crespina (PI) e la Scuola d'infanzia 'Maria Immacolata' di Selvatelle (PI). La Direzione della Fondazione ha avviato da tempo un'organizzazione di lavoro improntata al sistema di equipe ed ha voluto, sempre in equipe, mettere *'nero su bianco'* – in una sorta anche di auto-analisi - l'impressione che i vari responsabili hanno avuto in relazione a questa particolare metodologia di lavoro adottata. All'uopo, le riflessioni portate di seguito, sono il frutto concreto di un'esperienza maturata *'sul campo'* e sulla *'propria pelle'*. Questo elemento offre al lettore un elemento qualitativo aggiunto rispetto ad un'impostazione ed un approccio meramente teorico sulla questione in esame e costituisce – tra l'altro – un momento qualificante frutto dello stesso lavoro di equipe.



## II - Il lavoro in equipe: definizione e prospettiva generale

Gia da alcuni anni in vari settori dell'organizzazione aziendale e, in primis, proprio in quella dei servizi è entrata in uso una terminologia ed una corrispondente modalità operativa 'innovativa' rispetto ai precedenti organigrammi di funzionamento di strutture ed organizzazioni. Ci riferiamo proprio al modello di *'lavoro in equipe'*<sup>1</sup>. In questa fase iniziale dello studio proviamo a dare una definizione di cosa sia l'equipe di lavoro. Usiamo il termine *'proviamo'* in quanto l'astratto modello di riferimento che la definizione teorica tenta di inquadrare, pur ampio che sia, non è mai idoneo a condensare esattamente in sé l'intero complesso delle relazioni umane e delle concrete declinazioni che, nel mondo reale, rivestono una molteplicità di figure professionali che lavorano in team con un grado di differenziazione molto più ampio ed articolato di quello astrattamente definito. L'equipe possiamo definirla come un piccolo gruppo di lavoro che opera in forma congiunta-cooperativa, mettendo insieme le diverse professionalità, per il raggiungimento di un fine comune. Dal punto di vista teleologico, che il fine sia comune non significa necessariamente che è stato scelto ma che comunque viene accettato e perseguito da tutti. L'equipe è, per sua natura uno strumento, una metodologia, che definisce se stessa nel momento in cui si realizza ossia nel momento in cui lavora: il gruppo si organizza in modalità di equipe per raggiungere gli obiettivi fissati<sup>2</sup>. Così viene a configurarsi contemporaneamente come scopo e strumento: deve realizzare se stessa come equipe (scopo) per poter agire

1

Cfr. Prof. Stefano Musolesi, *L'importanza di lavorare in team*, 5-11-2009.

2 Cfr. Daniele Pavarin e Paolo Scorzoni, *L'importanza della visione condivisa e delle competenze sociali. Un team di lavoro*, Gennaio 2003.





(strumento) quindi, in termini filosofici, potremmo dire che essa non ha soltanto una dimensione ontologica, né soltanto teleologica, né soltanto metodologica ma riassume in sé tutti e tre questi aspetti. Sotto il primo profilo è certamente un gruppo di persone in possesso di una determinata professionalità. Sotto il secondo si tratta di un gruppo di operatori che lavorano e collaborano al raggiungimento di un fine comune e, per ultimo, le loro modalità operative sono quelle caratteristiche della cooperazione e della concertazione, cioè del mettere insieme le potenzialità di ciascuno affinché il risultato ultimo sia raggiunto nel minor tempo possibile e nel migliore dei modi possibile. Il lavoro in piccoli team si pone l'obiettivo di migliorare la possibilità dei suoi membri di perseguire gli obiettivi che il team stesso si è dato. I teorici del *'lavoro in piccoli team'* partono dal presupposto che, come nel 'corpo sociale', così anche nel 'corpo del personale' di un'organizzazione la complessità e molteplicità degli approcci richiesti non può essere affrontata utilizzando esclusivamente competenze individualistiche o competenze competitive. C'è bisogno di persone in grado di creare una interdipendenza positiva all'interno dei gruppi in cui lavorano, perché solo una situazione di interdipendenza positiva, finalizzata a valorizzare il 'sapere' dell'altro, favorisce la soluzione di quei problemi complessi che, oggi, singoli e aziende devono affrontare. L'interdipendenza si realizza quando, all'interno di un gruppo, si risolve un problema con il contributo effettivo di tutti i suoi membri, impegnati con *mansioni diverse* a perseguire il medesimo obiettivo. Come vedremo nei successivi capitoli, tale impegno operativo congiunto presenta molti aspetti positivi ma, se non governati, anche alcuni rilevanti aspetti negativi che rischiano di mettere in pericolo gli stessi risultati da conseguire se



l'impostazione metodologica ed i componenti stessi dell'equipe non sono preparati all'operatività in team.

Il *gruppo di lavoro* nasce nel momento in cui si passa dall'interazione-coesione al legame di interdipendenza positiva, che si realizza quando i membri del gruppo acquisiscono la consapevolezza di dipendere gli uni dagli altri nella realizzazione di un obiettivo comune. Mentre l'interazione si fonda sulla percezione della *presenza* (Es. consapevolezza di lavorare insieme), l'interdipendenza si fonda sulla percezione della *necessità reciproca* di cooperare per il raggiungimento del fine comune.

L'interdipendenza positiva è necessità di legame e opportunità di scambio, che portano il gruppo di lavoro a maturare verso lo stato dell'integrazione.

Il *gruppo di lavoro* è una pluralità in integrazione. Per arrivare all'integrazione i membri del gruppo devono acquisire la competenza della negoziazione, cioè il saper negoziare tra uguaglianze e differenze, tra bisogni individuali e di gruppo, tra la propria certezza ed il saper accogliere il contributo altrui nell'ottica della crescita comune quale valore prioritario di queste esperienze.





L'integrazione sviluppa la collaborazione, che consente l'espressione di un'azione partecipata e comune. Il *lavoro di gruppo* è l'espressione dell'azione complessa e complessiva propria di un determinato gruppo di lavoro<sup>3</sup>.

Se queste osservazioni hanno rilevanza in ogni ambito aziendale, la questione risulta ancora più importante nel settore sociale che è tenuto a prestare servizi alla persona caratterizzata, *suoapte naturae*, da una ampia complessità, molteplicità e criticità che possono appartenere ai più diversi ambiti, dal cognitivo, al relazionale, allo spirituale, al fisico e molti altri cui l'approccio professionale individuale risulta, per sua natura, meno adeguato a dare risposte complete ed adeguate come avremo occasione di rilevare nei capitoli che seguono.

### **III- Profilo normativo;**

Sotto l'aspetto giuridico, il riconoscimento e la valorizzazione del *modus operandi* in equipe nelle RSA, almeno per la realtà toscana, è stato sancito espressamente e nella sua complessità e chiarezza soprattutto dalla recente normativa regionale in materia di accreditamento ed in particolare dagli allegati 'A' – *requisiti generici e specifici* – al *Regolamento attuativo della LRT 82/2009*. D'altra parte, è comune esperienza, che la normativa spesso non fa altro che sanzionare giuridicamente un processo che, in via di prassi, si è già

<sup>3</sup> Cfr. Daniele Pavarin e Paolo Scorzoni, *L'importanza della visione condivisa e delle competenze sociali. Un team di lavoro*, Gennaio 2013.



ampiamente consolidato ed ha avuto una positiva valutazione dell'ambiente di riferimento fino a raggiungere i più alti gradi della politica che, prendendo atto di ciò, sanziona con legge tale modalità operativa. Questa è stata anche l'esperienza maturata nel campo della gestione delle RSA per quanto concerne il lavoro di equipe che, in linea generale, ha trovato sempre maggiore attuazione in ampi settori dell'organizzazione lavorativa più moderna. D'altra parte, in questi ultimi anni, almeno sul piano teorico viene affermata e sostenuta la necessità di una convergenza di competenze professionali diverse, di una multidisciplinarietà dell'approccio alle problematiche e di una dimensione 'cooperativa'.

L'operatore che lavora all'interno dei servizi sociali e socio-sanitari certamente non può affrontare da solo la molteplicità e la complessità degli aspetti legati alle problematiche della persona umana. La necessità della costruzione di contesti collaborativi, oltre che a richiamare aspetti valoriali, è strettamente collegata alla necessità di integrazione imposta dalla presenza, nella società attuale, di elementi quali la complessità dei bisogni e la limitatezza e scarsità delle risorse a disposizione per affrontare le varie sfide poste dalla crescente richiesta di servizi sotto i più disparati aspetti (fisici, psicologici, economici, relazionali, spirituali etc.) presenti nel tessuto sociale<sup>4</sup>.

Tornando alle normative citate all'inizio del capitolo, nell'attuale contesto normativo regionale, in particolare negli allegati al Reg. attuativo della LRT 82/2009 in materia di accreditamento dei servizi, si riscontrano le seguenti disposizioni rilevanti ai fini del nostro studio: *'Sono garantite modalità di gestione del lavoro per equipe'*<sup>5</sup> e di seguito *'Vengono effettuati incontri*

4 Cfr. *Educare.it*, rivista on-line – Anno III, Numero 7, Giugno 2003.

5 Cfr. *Reg. attuativo LRT 82/2009*, allegato 'A', A.G.01.08.04.





*periodici per l'organizzazione del lavoro e delle attività*<sup>6</sup>. Ancora: *'Le procedure amministrative garantiscono i collegamenti operativo funzionali tra i servizi tecnico-amministrativi ed i servizi assistenziali all'interno della struttura'*<sup>7</sup>. A queste indicazioni esplicite vanno aggiunte quelle inerenti la programmazione PAI comprensiva di tutti gli aggiornamenti e monitoraggi che implica un imprescindibile lavoro in equipe tra le professionalità impegnate nel settore<sup>8</sup>.

Da queste prime indicazioni risulta importante rilevare quello che definiremmo lo *'spirito della legge'* e cioè il suo significato profondo che ha una portata più ampia delle singole disposizioni e che, nel caso di fattispecie, richiede che la modalità di lavoro in equipe riguardi non solo il livello di coordinamento *'di base'* del servizio e delle prestazioni (PAI etc.) ma l'impostazione complessiva dell'organizzazione del servizio medesimo a partire dai livelli più alti di programmazione ed organizzazione. E' la stessa configurazione della struttura *'aziendale'* ad essere trasformata ed a passare da un'impostazione tipicamente e spiccatamente gerarchica ed unidirezionale ad un modello più partecipato e condiviso.

A fondamento di queste normative vi era la stessa impostazione della Legge nazionale 328/2000 sui *'Principi generali del sistema integrato di interventi e servizi sociali'* a gettare le basi di un maggior coordinamento e collaborazione, nel settore sociale, non tanto e non solo tra figure professionali ma tra gli stessi enti istituzionali con competenza in materia. In particolare, l'art. 3 afferma: *'1. Per la realizzazione degli interventi e dei servizi sociali, in forma unitaria ed*

6 Cfr. *Reg. attuativo LRT 82/2009*, allegato 'A', A.G.01.08.06.

7 Cfr. *Reg. attuativo LRT 82/2009*, allegato 'A', A.G.01.08.09.

8 Cfr. *Reg. attuativo LRT 82/2009*, allegato 'A', A.G.02.08.07 e ss.





*integrata, è adottato il metodo della programmazione degli interventi e delle risorse, dell'operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni... 2. I soggetti di cui all'articolo 1, comma 3, provvedono, nell'ambito delle rispettive competenze, alla programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali secondo i seguenti principi:*

*a) coordinamento ed integrazione con gli interventi sanitari e dell'istruzione nonchè con le politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro;*

*b) concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, tra questi ed i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, che partecipano con proprie risorse alla realizzazione della rete, le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale nonché le aziende unità sanitarie locali per le prestazioni socio- sanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del Servizio sanitario nazionale<sup>9</sup>. Insomma, risulta chiaro che, nel settore dei servizi sociali e socio-sanitari, il principio che – da tempo - andava affermandosi era proprio quello del lavoro in equipe quale strumento preferenziale per affrontare una domanda sempre maggiore non soltanto dal punto di vista quantitativo ma anche di complessità qualitativa. Sulla medesima impostazione risulta essere anche la LRT 41/2005 in materia di 'Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale' che, all'art. 3 torna a confermare: 'Il sistema integrato si realizza attraverso i seguenti metodi: a) coordinamento ed integrazione tra i servizi sociali ed i servizi sanitari al fine di assicurare una risposta unitaria alle*

<sup>9</sup> Cfr. Legge 328/2000, art. 3.





esigenze di salute della persona, indipendentemente dal soggetto gestore; b) integrazione con le politiche abitative, dei trasporti, dell'educazione, dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro, culturali, ambientali ed urbanistiche, dello sport e del tempo libero, della ricerca, nonché con tutti gli altri interventi finalizzati al benessere della persona ed alla prevenzione delle condizioni di disagio sociale; c) cooperazione tra i diversi livelli istituzionali ed i soggetti pubblici e privati, inclusi quelli del terzo settore di cui all' articolo 17 ; d) concertazione tra i diversi livelli istituzionali, tra questi e le organizzazioni sindacali, le categorie economiche, le associazioni degli utenti e dei consumatori'. Se analizziamo il Regolamento attuativo dell'art. 22 della LRT 41/2005 la normativa si fa ancora più stringente e chiara affermando che è compito proprio della Direzione delle strutture socio-sanitarie: *'Coordinare il personale favorendo il lavoro di gruppo'* (Art. 6)<sup>10</sup>. Questi testi legislativi e regolamentari rappresentano, a titolo esemplificativo, poi il quadro di riferimento ed informano, con il loro principi, tutti i piani ed i documenti operativi di settore fino a trasformarsi in concrete modalità operative a livello di strutture. Lo stesso PISR 2007-2010 della Regione Toscana al capitolo sancisce che negli: *'Interventi diretti a migliorare i percorsi di presa in carico e di assistenza integrata delle persone con disturbi dello spettro artistico ...ci si impegni a... realizzare la presa in carico della persona con valutazione funzionale e definizione del percorso assistenziale personalizzato da parte dell'equipe multiprofessionale'*<sup>11</sup>. D'altra parte, il successivo Piano Sanitario e Sociale integrato della Regione per il triennio 2012-15, sotto il Capitolo dedicato allo *'Stato di salute della*

<sup>10</sup> Cfr. Regolamento attuativo art. 22, LRT 41/2005, art. 6.

<sup>11</sup> Regione Toscana, PISR 2007-2010, Cap. 7. 12.



*popolazione'*, afferma con grande chiarezza, a suffragio delle nostre tesi, che: *'Il problema di un diverso modo di affrontare e gestire il tema della cronicità, vera sfida del sistema sanitario e sociosanitario dei paesi occidentali, ha determinato la scelta di puntare su un modello fortemente innovativo dell'assistenza che potenzia il ruolo delle cure primarie, valorizza la necessità del lavoro in equipe (moduli)'*.

Se valutiamo in prospettiva storico-giuridica le attuali disposizioni, in esse si possono intravedere anche gli sviluppi ultimi di un sistema Costituzionale che, sin dall'inizio dell'epoca Repubblicana, gli stessi costituenti avevano voluto fondare, con non poca lungimiranza, sulla via della collaborazione, partecipazione e corresponsabilità quale strumento principe delle dinamiche lavorative.

L'art. 46 della Costituzione, infatti, afferma: *'Ai fini della elevazione economica e sociale del lavoro in armonia con le esigenze della produzione, la Repubblica riconosce il diritto dei lavoratori a collaborare, nei modi e nei limiti stabiliti dalle leggi, alla gestione delle aziende'*<sup>12</sup>. Il principio di collaborazione tra i lavoratori è, quindi, insito nella Carta fondante del nostro ordinamento costituzionale e le disposizioni organizzative finalizzate a favorire, anche sotto l'aspetto giuridico-normativo, la collaborazione, l'attività congiunta ed il lavoro in equipe che, in campo dei servizi sociali, hanno quindi le loro radici nello stesso testo costituzionale.

#### **IV – Profilo economico**

---

<sup>12</sup> Cfr. Costituzione Italiana, art. 46.





Dal punto di vista economico, la trasformazione da un modello organizzativa ad un altro e cioè da una impostazione più *'gerarchica, individualistica e dirigista'* ad una di equipe e più partecipata risulta esser l'effetto congiunto di tre fenomeni che si sono andati accentuando in questi ultimi decenni e che di seguito illustriamo. Per primo, la crescente complessità delle problematiche e delle criticità sociali e personali cui l'operatore trova a dover far fronte in una società, quella attuale, intrinsecamente caratterizzata da problematicità frutto di una complessità data dalla disgregazione dell'unitarietà che caratterizzava il tessuto sociale italiano fino a non molte decine di anni fa<sup>13</sup>. Questa riflessione sarebbe ancora più ampia e generale in quanto il processo di trasformazione in atto nella nostra società "nazionale" in società multiculturale inizia già a produrre delle rilevanti conseguenze sulla struttura e sul funzionamento del sistema giuridico e richiederà, nel medio periodo, quanto meno un parziale mutamento del suo paradigma regolativo generale. A questa riflessione va aggiunta quella inerente il processo di invecchiamento della popolazione che determina una crescente domanda di prestazioni sociali<sup>14</sup>

Secondariamente, la sempre minore disponibilità di risorse<sup>15</sup> statali a disposizione per il sociale<sup>16</sup> a fronte di questo incremento di criticità e problematiche ha indotto ad un rapido cambiamento di modello organizzativo.

D'altra parte, le stesse *'necessità di bilancio'* dello Stato rivelano l'esigenza di questi interventi riduttivi. Basta, infatti, analizzare il trend dei trasferimenti

13 Cfr. Balbo, L. 1992. *Società della cittadinanza, società delle diversità*. In *Le regole del gioco. Diritti di cittadinanza e immigrazione straniera*. Eds. L. Mauri e G. A. Micheli. Milano: Angeli, 51-63

14 Cfr. *Quadreni europei sul nuovo Welfare*, n. 5/2006: *'Nel contesto europeo, e addirittura mondiale, l'Italia si configura come il "paese più vecchio", e tale condizione è evidenziata da tutti i principali indicatori demografici di struttura della popolazione, i quali hanno conosciuto un trend crescente già a partire dagli anni Settanta'*.

15 Cfr. *UE, spesa sociale in calo. Italia agli ultimi posti*, Redattore sociale, Martedì 27 Novembre 2012.

16 Cfr. Mario Monti, dichiarazione del 27 Novembre 2012: *'La sanità pubblica è a rischio. Non è detto che in futuro riusciremo a garantirlo'*.





dello Stato alle Regioni per l'area sociale nel breve quadriennio 2008-2011 e ci rendiamo immediatamente conto di quali siano le prospettive. Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali è passato dai 670, 8 Milioni di euro del 2008 ai 178, 5 del 2011. Nello stesso periodo il Fondo Nazionale Famiglie e Servizi per l'Infanzia è passato dai 197, 00 Milioni a zero. Il Fondo Pari Opportunità che nel 2008 contava su 64, 4 Milioni è stato azzerato e medesima sorte ha subito il Fondo nazionale per la Non autosufficienza che ancora nel 2008 contava su 299, 00 Milioni. Quello relativo al sostegno agli affitti è passato dai 205, 6 Milioni ai 32, 9<sup>17</sup>. Lo Stato, in questa fase storico-economica, manifesta quindi una sostanziale impossibilità di far fronte a tutte le necessità emergenti dal tessuto sociale e, come strumento di operatività, preferisce delegare ad agenti privati e, in particolare, a quello che è venuto a chiamarsi il c.d. 'Terzo settore'. In una nostra precedente pubblicazione interna, sulla questione di merito, rilevavamo: *'Con la crisi finanziaria dei primi anni novanta, la fase di espansione dell'interventismo pubblico in materia di welfare si è interrotta e l'affidamento di servizi al terzo settore è stato utilizzato come strumento per governare i processi di privatizzazione dall'alto e di razionalizzazione della spesa imposti dalle mutate condizioni della finanza pubblica. La funzione principale attribuita al terzo settore è diventata da questo periodo quella di fattore di contenimento dei costi e di flessibilizzazione della pubblica amministrazione da realizzarsi attraverso il conferimento di obiettivi pubblicamente rilevanti e il finanziamento dei servizi tramite contratto.*

*Dalla fine degli anni novanta, l'attenzione ai costi e la valorizzazione della funzione di riduzione della spesa hanno caratterizzato in modo crescente lo scenario di regolazione dei rapporti tra pubbliche amministrazioni e organizzazioni di terzo settore in praticamente tutte le regioni italiane e nell'attuale fase storica la pressione finanziaria*

<sup>17</sup> Conferenza delle Regioni, *Le politiche sociali oggi*, Cap. 1. 5, 22 Settembre 2011.





*sugli enti locali tende a enfatizzare in modo ulteriore questa dimensione, mentre sono poste in sottofondo caratteristiche “vocazionali” come la lettura dei bisogni, la dimensione densa delle relazioni sociali basate sulla condivisione di obiettivi solidaristici, la capacità di valorizzare il capitale sociale e offrire opportunità di partecipazione e aggregazione sociale per i cittadini e i gruppi sociali. Nel contesto italiano e europeo in generale dove diversamente da quello americano prevale una tradizione di welfare state, le funzioni che possono essere svolte dal terzo settore sono fortemente influenzate dal ruolo e dagli atteggiamenti assunti dagli enti pubblici. Dalle amministrazioni pubbliche e soprattutto dagli enti locali dipende infatti la maggior parte dei finanziamenti per le organizzazioni di terzo settore. Con l'aumentare del peso e delle dimensioni del terzo settore e dei relativi finanziamenti pubblici, l'intervento regolativo pubblico è diventato sempre più importante e si è affermata anche in Italia quella che viene definita la “cultura del contratto” ossia una logica di relazione basata su accordi di acquisto di servizi prodotti dal terzo settore da parte delle amministrazioni pubbliche. Le dinamiche di sviluppo del terzo settore risultano di conseguenza legate a doppio filo con l'evoluzione della cultura regolativa pubblica. Infatti, l'attuale restrizione della spesa pubblica favorisce la 'delega' al terzo settore*



*di intere tipologie di servizi, soprattutto nel settore dell'assistenza e della sanità<sup>18</sup>.*

Questo progressivo incremento della domanda di servizi, accresciuta nel settore privato anche a motivo della riduzione dell'intervento pubblico, si scontra con una costante riduzione delle risorse a disposizione.

Un interessante studio del CNEL conferma quanto stiamo sostenendo: *'Il fenomeno del tendenziale dell' invecchiamento delle popolazione comporta un puro effetto di cambiamento delle esigenze dei consumatori per cui è lo spostamento della domanda a guidare il mutamento nella struttura dell'offerta. Con l'aumento dell'età media della popolazione vi sono consumi che vengono penalizzati, soprattutto per quanto concerne la domanda di beni, mentre i settori interessati in misura prevalente dall'aumento della domanda sono quelli dell'assistenza e della sanità. ... La classificazione Nace fa anche riferimento al settore delle case di cura di tipo residenziale, all'interno delle quali le case di cura per anziani hanno un peso di particolare rilievo. Per l'area euro nel complesso questo settore ha visto salire la propria incidenza sul totale dell'occupazione dal 3.6 al 4.2 per cento in dieci anni; anche in*

---

<sup>18</sup> Cfr. Avv. Riccardo Novi, Fondazione 'Madonna del soccorso' ONLUS, *'L'andamento occupazionale in Toscana ed in Provincia di Pisa. Il terzo settore quale valore aggiunto allo sviluppo occupazionale: proposte normative e formative'*, Novembre 2012.





*Italia l'incremento è stato significativo, anche se su un livello decisamente più basso che in altri paesi ... Un terzo settore interessato dal cambiamento della struttura demografica è poi quello della sanità. Si tratta di un settore di peso rilevante per la sua incidenza in assoluto sul numero di addetti, e che durante gli anni passati ha registrato un incremento significativo, passando dal 5.2 al 5.7 per cento del totale degli occupati ... Se cumuliamo l'occupazione nei tre settori considerati, osserviamo come questi arrivino ad assorbire una quota rilevante dell'occupazione totale, intorno al 13 per cento in Italia come nelle altre maggiori economie dell'area euro, al 16 per cento invece nel caso della Svezia, paese noto per un ruolo maggiore dei servizi di assistenza sociale. Naturalmente, questo tipo di settori diverge da altri per il ruolo rilevante del settore pubblico. In alcuni casi lo Stato fornisce servizi in esclusiva, mentre in altri vi è una interazione fra pubblico e privato. Appare sempre più evidente che in prospettiva l'invecchiamento della popolazione contribuirà ad accrescere la domanda in questi settori, nei quali i vincoli al bilancio pubblico limitano peraltro la capacità dello Stato di soddisfare interamente i fabbisogni di assistenza. Una sovrapposizione fra risorse pubbliche e private appare probabile, e il ruolo dello Stato potrà contribuire anche ad accrescere la*



*creazione occupazionale*<sup>19</sup>. Se a tale riflessione si aggiunge che: *Il prevalere di politiche finalizzate a ridurre i livelli del deficit comporta in generale la tendenza a ridurre il numero dei dipendenti pubblici*<sup>20</sup> risulta che, la crescente domanda di servizi e la stabilizzazione delle possibilità di soluzione date dal settore pubblico, determina che l'innalzamento della domanda di lavoro a fronte di aziende erogatrici che, per motivi contingenti, sono costrette a non poter procedere ad incrementare in maniera proporzionale i lavoratori assunti<sup>21</sup> determina necessariamente un incremento notevole delle problematiche e criticità cui il personale addetto è chiamato a far fronte.

Per terzo ed ultimo punto, dobbiamo rilevare – in via di concreta prassi – che gli utenti che arrivano a richiedere oggi l'ingresso nelle strutture socio-assistenziali, sia in regime privato che convenzionato, presentano un elevato e spiccato grado di criticità clinica. Tale situazione deriva necessariamente dall'attuale condizione economica delle famiglie che – trovandosi in situazione di precarietà – mantengono a loro carico gli utenti anche anziani e con gravi problematiche in quanto, spesso, gli stessi costituiscono un'importante fonte di reddito a supporto degli stessi nuclei familiari e dei quali – a differenza del

19 CNEL – Rapporto sul mercato del lavoro 2012, Cap. 3.1.

20 Cfr. Sopra.

21 Le aziende operanti nel settore risentono anch'esse del generale clima di crisi, della diminuzione di trasferimenti dallo stato, dei ritardi con i quali gli stessi enti pubblici magari convenzionati procedono alla liquidazione di quanto dovuto e, quindi, sono molto caute nell'incremento occupazionale anche a fronte di un incremento di richieste.





passato – si cerca di non fare a meno sino a quando le loro condizioni di salute non arrivano a raggiungere livelli proibitivi di assistenza per i singoli privati. Ecco, dunque, che anche sotto questo aspetto l'accesso dell'utenza alle strutture di assistenza arriva a presentare condizioni clinico-mediche di salute assai più complesse e difficili che nel recente passato.

Questo contesto sociale, economico ed anche culturale rende non soltanto utile ma anche indispensabile procedere a *'mettere in circuito'* le professionalità presenti all'interno di ogni organismo aziendale al fine di farle collaborare nell'interesse comune e trarre *'maggior profitto con una minor spesa'*.

Naturalmente, non si vuol qui affermare che l'unica motivazione che ha indotto a questa trasformazione di approccio ed organizzazione sia stata quella economica, ma che vi ha contribuito. Infatti, come avremo modo di evidenziare nella parte restante dello studio, anche le positività di natura qualitativa avranno condotto ad una riflessione e valorizzazione positiva della nuova prospettiva metodologica e lavorativa; affermiamo soltanto che rischieremmo di non essere realistici – o quanto meno riduttivi – se tralasciassimo, come non abbiamo tralasciato, una riflessione anche sulla congiuntura economica e sociale in atto.



## V – Profilo qualitativo

Oltre all'aspetto meramente 'esterno' al processo, quale quello economico, la spinta alla valorizzazione del modello di lavoro in equipe deriva anche da suoi elementi di pregio che potremmo definire '*interni*' quali quelli legati all'aspetto qualitativo del modello. L'analisi di questo ulteriore elemento del lavoro in equipe ci spinge ad addentrarci nel merito della questione lasciando da parte lo studio dei 'fattori esterni' per concentrarci direttamente sugli aspetti qualitativi che il modello implica e determina sull'intera impostazione aziendale.

Il lavoro d'equipe è uno strumento operativo per tutta l'attività del servizio sociale e socio-sanitario. Il sistema dove l'assistente ed i servizi sociali e socio-sanitari sono inseriti è costituito da un complesso organizzato di figure, competenze e professionalità che si affiancano e che sono talora speculari,





differenti o complementari ed è qui - all'interno di un sistema sì complesso e burocratizzato - dove si sviluppano interventi significativi, che dovrebbe inserirsi a maggior ragione d'essere proprio il lavoro d'equipe: unica strategia di lavoro utile per contenere tale impatto organizzativo preposto a far fronte alle innumerevoli esigenze assistenziali della persona umana e capace di fare sintesi unitaria delle diversità.

In questi ultimi anni sotto la spinta delle grandi trasformazioni organizzative delle istituzioni e all'emergere di sempre più di nuovi bisogni ed esigenze si sono formate equipe multidisciplinari differenziate e modelli collaborativi più diversi ed articolati che operano a tutti i livelli del sistema. Se passiamo a valutare gli aspetti qualitativi che l'operare in sinergia induce nel sistema possiamo ricondurli ai seguenti, principali, aspetti:

a) Approccio multi-disciplinare al problema: in generale, se dobbiamo valutare gli strumenti in relazione al 'lavoro' da svolgere, certamente l'approccio di equipe risulta essere il migliore se diretto ad erogare servizi diretti a soddisfare le esigenze e necessita molteplici della persona umana che, per sua natura, ha una pluralità di aspetti e dimensioni (fisiche, intellettive, socio-relazionali etc.) che non possono essere affrontate mediante l'apporto di un unico – se pur



preparato – operatore. Pertanto, sembra ovvio far corrispondere, ad una pluralità di problematicità anche una pluralità di competenze. L'approccio e l'analisi di una problematica effettuata e studiata da una pluralità di professionisti risulta inevitabilmente più completa, ponderata ed appropriata che non il ricorso ad un unico operatore del settore<sup>22</sup>.

b) Capacità di motivare l'operatore: lavorare in team determina anche un incremento motivazionale tra gli operatori che vi prestano attività. Contribuisce, infatti, a creare un ambiente più stimolante che migliora il contributo proprio di ciascun componente ed aumenta l'efficacia del singolo intervento. Lo spirito di 'squadra' conduce ad un clima di reciproco supporto. Un supporto motivazionale viene dato anche dal riconoscimento, da parte dell'operatore, dell'utilità del proprio apporto all'attività ed al lavoro complessivo e dall'altra il riscontro dell'utilità nel riconosce l'accrescimento del patrimonio delle conoscenze grazie all'apporto altrui. In una situazione ad alta interdipendenza positiva la responsabilità individuale aumenta anziché diminuire perché ogni membro del gruppo ha interesse a raggiungere l'obiettivo e ricopre una mansione che solo lui può ricoprire all'interno del

<sup>22</sup> Cfr. *Manuale Dignitas*, 2. d. 2, 2012 – <http://www.manuale-dignitas.it/sapere/2d-raccordo/2d2-lavoro-di-equipe.html>.





gruppo; per questo la motivazione a portare a termine il lavoro in un sistema di confronto costante ed a raggiungere l'obiettivo è più alta, non solo rispetto al lavoro di gruppo tradizionale (in cui il più bravo lavorava e gli altri stanno a guardare), ma anche rispetto al lavoro impostato in modo individualistico o competitivo<sup>23</sup>.

c) Favorisce l'interscambio delle informazioni e la collaborazione: il clima di collaborazione tra figure professionali che prestano servizio, con finalità comuni, nell'ambito della stessa azienda o struttura operativa determina anche un incremento dell'interscambio delle informazioni, una maggiore circolazione di notizie, una 'messa in rete' di nozioni che – incrementando il bagaglio conoscitivo di ciascun operatore – determinano una crescita qualitativa dell'intero complesso organizzativo.

d) Favorisce il coinvolgimento e l'apertura anche all'esterno: la collaborazione ed il supporto reciproco danno maggior sicurezza e – quindi – favoriscono anche l'apertura all'esterno del team operativo che, forte dell'esperienza interna di collaborazione, richiama ed attrae anche realtà esterne. E' questa l'esperienza dei PAI cui, per stessa disposizione normativa, sono chiamati a partecipare gli

<sup>23</sup> Cfr. Daniele Pavarin e Paolo Scorzoni, *L'importanza della visione condivisa e delle competenze sociali. Un team di lavoro*, Gennaio 2013.



stessi familiari e/o rappresentanti legali. Si tende inoltre a rafforzare il legame con il territorio e la realtà sociale ed associazionistica che può costituire un valido supporto per i percorsi ed i piani programmati;

e) Favorisce scelte più ponderate: all'interno dell'equipe le scelte vengono prese con maggiore moderazione e ponderazione in quanto, la pluralità di approcci, comporta anche una valutazione complessivamente più ampia di ogni eventuale criticità connessa ad una scelta invece che ad un'altra, ad una terapia invece che all'altra, ad un trattamento rispetto ad un altro. Questo aspetto, di per sé apparentemente più insignificante dei precedenti, assume tuttavia un discreto rilievo soprattutto in quei contesti nei quali si è tenuti ad effettuare con rapidità scelta talora rilevanti per la salute delle persone. E' tuttavia possibile che, se non ben disciplinata e composta da persone con alta responsabilità, lo stesso organismo si sbilanci verso un'alta propensione al rischio. Infatti, la propensione al rischio del gruppo potrebbe, in fase finale, risultare maggiore della sommatoria delle propensioni al rischio individuali a causa di un possibile processo di de-responsabilizzazione dei singoli.

f) Apertura all'innovazione: nel lavoro di equipe, se rettamente intrapreso, è facile innescare il meccanismo diretto a facilitare l'apertura all'innovazione ed





alla crescita. Infatti, quello che per una figura professionale può essere stimolante rispetto ad un'altra, si somma inevitabilmente a ciò che per l'altro risulta interessante e stimolante da approfondire generando così un circolo positivo che – nel complesso – stimola l'intero gruppo a crescere in relazione a una molteplicità di elementi.

## **VI – Profilo quantitativo**

Del punto di vista quantitativo abbiamo avuto modo di discutere già in precedenti parti della pubblicazione e, quindi, non ci dilungheremo molto. Basti ricordare in questa sede che il binomio dato dall'aumento delle criticità dell'utenza e la sempre maggiore scarsità delle risorse a disposizione spinge inevitabilmente all'individuazione di uno strumento unitario, l'equipe, che, con il suo approccio e le sue competenze multidisciplinari, è in grado di assicurare un unico strumento di analisi e programmazione socio-sanitaria valido per una pluralità e interdisciplinarietà di competenze necessarie ad affrontare la casistica che si pone nelle varie strutture. D'altra parte, sono gli stessi atti di programmazione Socio-sanitaria della Regione a dare atto di quanto qui affermato. Basta leggere il Piano sanitario e sociale integrato della Regione Toscana al punto n. 2.2.1.4 per rilevare che: *'Il problema di un diverso modo di*



*affrontare e gestire il tema della cronicità, vera sfida del sistema sanitario e sociosanitario dei paesi occidentali, ha determinato la scelta di puntare su un modello fortemente innovativo dell'assistenza che potenzi il ruolo delle cure primarie, valorizzi la necessità del lavoro in equipe'. Ed ancora, un po' più sotto, afferma: 'le équipes multiprofessionali con funzioni di valutazione, programmazione e presa in carico degli interventi e con organizzazione territoriale flessibile, tale da coniugare le funzioni di protezione con quelle di cura'.*

## **VII – Aspetti rilevanti per ottimizzare il lavoro in equipe**

Trattandosi di una modalità operativa che necessita della collaborazione di più figure professionali impegnate nel raggiungimento di un unico fine, il lavoro in equipe richiede – per massimizzare il risultato – dei seguenti elementi<sup>24</sup>:

a) Determinazione chiara dello scopo: gli operatori devono avere uno scopo ben chiaro da raggiungere ed in virtù del quale mettere in 'rete', mettere in comune, tutte quelle conoscenze ed abilità strumentali al raggiungimento dello del fine stabilito. Se lo scopo non è chiaro non si favorisce la confluenza delle

---

24 Cfr. Vincenzo Bonomo, *Il lavoro in equipe nelle professioni sociali*, Giugno 2003.





capacità né la determinazione nel suo conseguimento incrementando altresì la dispersione e la corrispondente infruttuosità dello stesso operare in team. Sulla determinazione dello scopo è necessario svolgere un supplemento di riflessione. In molti si chiedono se sia più positivo che il fine sia auto-stabilito dal gruppo oppure posto dall'esterno. A nostro modesto avviso è le scelte si equivalgo e – talora – può apparire migliore la seconda fattispecie in quanto nella prima la determinazione dello scopo potrebbe essere indotta più da una figura che non dall'altra oppure da un gruppo rispetto all'altro e ciò presenta due aspetti altamente negativi nelle dinamiche interna. Da un lato, infatti, il non aver contribuito alla determinazione dello scopo, pur operando all'interno del gruppo, potrebbe indurre l'operatore a legare la finalità da raggiungere a determinate figure specifiche interne reprimendo la sua stessa motivazione ad operare qualora non 'vedesse bene' l'operatore od il gruppo che ha maggiormente contribuito ad individuare il fine. Tale procedura potrebbe comunque creare un potenziale squilibrio interno ed una situazione di non omogeneità di partenza che rischierebbe di vanificare, sin dall'origine, gli eventuali lati positivi del lavoro in team depotenziando la motivazione dei soggetti coinvolti. Dall'altra, tale procedimento potrebbe indurre a pensare,



anche erroneamente, che è stata fatta una determinata scelta piuttosto che un'altra per soli fini di preferenza o – peggio ancora – interessi personali o di parte ed anche questo produrrebbe gli stessi risultati sopra analizzati. Per questi motivi, pur in contrasto con il convincimento più diffuso, si ritiene che lo scopo del lavoro di equipe debba essere possa essere determinato dall'esterno, pur sempre in concerto con le figure interessate, come dal Direttore stesso, dal coordinatore o responsabile che, avendo una posizione gerarchica superiore, viene comunque considerato 'terzo' rispetto a tutti gli altri membri del team ed estraneo ad eventuali interessi di parte o di *'cordata'*.

b) Utilizzo di professionalità valide: dovendo massimizzare le potenzialità di analisi e soluzione dei problemi è necessario che l'equipe sia composta da figure professionali competenti e valide in maniera non soltanto di contribuire effettivamente all'operato del team ma anche ad evitare – sotto l'aspetto psicologico – di determinare negli altri la convinzione di far parte di una squadra inadatta, inadatta a perseguire determinati fini e, quindi, a demotivare l'intera organizzazione<sup>25</sup>. E' importante anche evitare la presenza di 'doppioni' cioè di più figure professionali aventi medesimo profilo in quanto potrebbe

---

25 Dott.sa Giancarla Moscatelli, *'L'equipe davanti al dolore: l'approccio multidisciplinare'*, Novembre 2011.





indurre ad una insana competizione reciproca che, oltre a distrarli dal fine comune, determinerebbe anche uno squilibrio interno al gruppo.

c) Necessità di regole precise: trattandosi comunque di una 'comunità', anche l'aggregato di persone che fa parte del team necessita di regole e modalità operative chiare e tali da evitare eventuali fraintendimenti, problematiche o criticità che vanno immediatamente a minare lo 'spirito di squadra' che deve caratterizzare l'equipe. La regola, inoltre, ha la conseguenza positiva di far sentire tutti uguali e questo rappresenta un elemento di coesione che facilita la collaborazione professionale.

d) Attitudine alla collaborazione: ultimo fattore, ma non certamente per importanza, affinché un'equipe riesca a produrre i suoi effetti in maniera più fruttuosa è, certamente, l'attitudine, degli stessi componenti, alla collaborazione, all'interazione ed al lavoro in team.

### **VIII – Eventuali criticità della metodologia di lavoro in equipe**

La modalità operativa in equipe potrebbe rilevare anche aspetti critici e problematici che, se non gestiti, rischiano di annullare o ridurre la portata



positiva degli aspetti qualitativi cui si è fatto riferimento nel precedente capitolo.

I principali aspetti critici che, se non rettamente preparato ed impostato, può presentare il lavoro in equipe sono i seguenti<sup>26</sup>:

- a) Presenza di figure egemonizzanti: la presenza di figure egemonizzanti all'interno del gruppo di lavoro rischia di escludere l'apporto, sempre positivo, di altre figure professionali, alla discussione, analisi e soluzione delle varie problematiche cui l'equipe è preposta. Infatti, la tendenza all'egemonizzazione rischia di far perdere fiducia nell'importanza degli apporti altrui e gli stessi componenti della compagine, di conseguenza, perdono motivazione, interesse ed il rendimento finale del lavoro rischia di essere compromesso;
- b) Pressione al conformismo: vi può essere anche un altro rischio strettamente e cioè quello che i membri del gruppo trovano difficile esprimere la loro opinione qualora la maggioranza o altri esponenti più “forti” sostengono con decisione ed unitariamente una linea o una posizione. Anche questa criticità mette a repentaglio l'importante contributo di tutti e ciascuno al lavoro di equipe fino al caso estremo di rendere 'non partecipi' alcuni membri alla decisione, valutazione o analisi finale;

---

<sup>26</sup> Cfr. Vincenzo Bonomo, *Il lavoro in equipe nelle professioni sociali*, Giugno 2003.





c) Alta propensione al rischio: come abbiamo accennato in capitoli precedenti, se il lavoro non è diretto in maniera equilibrata e non vi partecipano persone responsabili, si può verificare che la propensione al rischio del gruppo, invece di ridursi, sia addirittura maggiore della sommatoria delle propensioni al rischio individuali a causa di un processo di de-responsabilizzazione dei singoli nel processo di maturazione delle decisioni;

d) Emersione di conflitti interni: un altro rischio connesso alla carenza di armonia e, quindi, collaborazione e produttività del lavoro può esser connesso all'esistenza di conflitti interni che possono indurre i membri a scelte irrazionali e fondate soltanto su motivazioni personali-caratteriali e non strettamente professionali. Si precisa, non si sta parlando qui della sana dialettica, anzi positiva, o anche dello scontro acceso che può sussistere tra vari membri convinti – ognuno fondatamente dal suo punto di vista professionale – della validità di alcune soluzioni piuttosto che altre; si sta parlando, invece, di situazioni conflittuali personali preesistenti al lavoro di gruppo e trascinatevi dentro oppure a conflitti personali e non motivati professionalmente emersi proprio in sede di lavoro congiunto in equipe<sup>27</sup>. Il verificarsi di queste congiunture determina certamente un impoverimento della modalità operativa

<sup>27</sup> Cfr. Annamaria Colombo, *Il lavoro di equipe e la gestione dei conflitti*, 2011.



in equipe non soltanto dal punto di vista sostanziale dei risultati ma anche di quello metodologico di svolgimento del lavoro stesso;

e) Polarizzazione: gli individui che si trovano a far parte dell'equipe possono rischiare di sentirsi parte di un 'club' esclusivo invece che di un gruppo di lavoro al servizio dell'intera azienda e, così comportandosi, possono isolarsi dal resto dell'organizzazione e creare '*subculture*' o '*clan*' più o meno esclusivi con un duplice risultato negativo: 1) Rendersi impermeabili al resto dell'organizzazione in maniera che i risultati positivi raggiunti se non condivisi, partecipati e resi disponibili a tutti diventano improduttivi; 2) Creare ed accentuare contrasti interni tra il personale in maniera da rendere ingestibile l'organizzazione o poco utile lo stesso lavoro in equipe.

f) Dispersione: è facile comprendere che il lavoro coordinato tra più persone richiede un alto senso di responsabilità ed organizzazione. La compresenza di più operatori in un unico luogo per perseguire un fine comune si potrebbe trasformare anche in un momento inteso di 'relax' e favorire lo scambio di esperienze personali di vita privata, di chiacchiere e – quindi – di inutile perdita di tempo. Questo è anche il luogo comune negativo più diffuso, reale e





difficile da abbattere quando si parla dell'importanza del lavoro di equipe ai responsabili aziende non abituate a questa metodologia lavorativa.

Tutte queste possibili criticità emergono con maggior facilità là dove non sono presenti obiettivi chiari ma, soprattutto, ove non vi è un coordinatore, un leader capace di tenere, organizzare, motivare e rendere effettivamente operativo un gruppo di lavoro. Leader di un team di lavoro si diventa coinvolgendo i membri e facendoli diventare pezzi fondamentali dell'ingranaggio che è proteso al raggiungimento di un obiettivo comune. Per diventare leader di un team organizzato in questo modo bisogna lavorare con persone che ritengono importante oltre alla formazione tecnica anche quella sulle competenze sociali. La formazione continua anche in quest'ambito diventa perciò una risorsa fondamentale che consente di aumentare la produttività del gruppo di lavoro. Il primo a credere nell'importanza di formarsi in questa direzione deve essere proprio il leader<sup>28</sup>.

## **IX - Principali modalità di lavoro in equipe nelle RSA**

---

<sup>28</sup> Cfr. Daniele Pavarin e Paolo Scorzoni, *L'importanza della visione condivisa e delle competenze sociali. Un team di lavoro*, Gennaio 2013.



Scendendo ora nel dettaglio operative delle strutture Residenziali assistite, tra le quali si colloca anche la nostra RSA 'Madonna del soccorso' di Fauglia (PI), proviamo ad individuare alcuni principali strumenti operativi di lavoro in equipe. Alcuni di essi sono strettamente prescritti dalla normativa in materia di accreditamento regionale toscano, altri sono diffusi in via di prassi presso molte strutture, altri ancora richiamano più direttamente l'esperienza propria dell'organizzazione lavorativa della nostra Opera.

### **IX.A - Lavoro di base in equipe**

Il '*lavoro di base*' in equipe non è prescritto da alcuna disposizione organizzativa ma costituisce una diffusa ed implicita prassi lavorativa per quei compiti e mansioni che, pur non richiedendo alte specializzazioni, necessitano tuttavia di una pluralità di operatori differenziati per ruoli, mansioni e profili ma strettamente coordinati tra loro per il raggiungimento di un determinato risultato finale. E' il caso, per esempio, degli operatori addetti, in grandi strutture, ai servizi generali di lavanderia, stireria e pulizie. Al loro interno il gruppo avrà persone con preferenze operative nell'uno e nell'altro settore e, in ogni specifica attività si renderà necessario condividere esperienze, forze e





capacità sotto il coordinamento di un responsabile. Se pur sottovalutata in relazione ai profili inferiori, la modalità di lavoro in equipe riveste anche qui un aspetto importante e qualificante del servizio. Starà alle capacità del responsabile far sentire i vari addetti quali membri di una squadra che, unendo le migliori potenzialità di ciascuno, riescono a dare un risultato finale ottimale sotto il profilo qualitativo e quantitativo. Questa stessa riflessione vale anche per gli addetti alla cucina, ai servizi amministrativi ed altre attività che non rientrino proprio tra quello strettamente socio-assistenziali-sanitarie.

### **IX.B – PAI**

Il PAI, Piano assistenziale individualizzato, è prescritto quale adempimento obbligatorio e qualificante del processo socio assistenziale, anche ai fini del conseguimento dell'accreditamento istituzionale, dalla LRT 82/2009 e Reg. attuativo 29/R. In particolare, si tratta di svolgere una programmazione socio-sanitaria individualizzata con il coinvolgimento, la partecipazione ed il contributo non soltanto di più figure professionali quali medici, infermieri, OSS, fisioterapisti, animatori, ma anche dei familiari e parenti in maniera che il risultato finale sia il frutto di una analisi, riflessione e proposta ampia sulla



programmazione assistenziale dell'utente. In questa particolare settore la metodologia in equipe ha un alto valore aggiunto dal punto di vista qualitativo in quanto consente di valutare congiuntamente, in unica seduta, una pluralità di aspetti che neppure un professionista molto qualificato avrebbe le competenze multidisciplinari per trattare in maniera adeguata. Tra l'altro, non si tratta soltanto di una conoscenza teorica del profilo assistenziale dell'assistito ma, soprattutto nelle realtà assistenziali residenziali, il frutto di un'osservazione e conoscenza pratica derivante dal quotidiano servizio di assistenza reso dalle varie figure all'utente sotto più profili e punti di vista, da quello strettamente socio sanitario di medici, infermieri ed OSS a quello riabilitativo del fisioterapista, a quello relazionale dell'animatore fino agli aspetti legati alla storia di vita dei quali – i parenti – sono i migliori conoscitori. Questo lavoro di equipe, come vedremo anche emergere dalle riflessioni degli stessi operatori nelle pagine seguenti, costituisce una preziosissima e, oseremmo dire, indispensabile metodologia per garantire uno standard elevato in termini di servizio reso.

### **IX.c – Riunioni d'equipe**





La riunione di equipe tra il personale di struttura – coordinata dal direttore-coordinatore - è il principale e, al tempo stesso, basilare strumento per l'attività di programmazione, organizzazione e verifica-miglioramento del servizio generale della struttura socio-sanitaria. Le riunioni di equipe è bene che vengano svolte con cadenza costante e prestabilita in maniera da garantire un modus operandi che consenta agli operatori di preparare e prepararsi agli appuntamenti fissati di equipe in maniera cosciente, consapevole e preparata.

Dal punto di vista della scansione temporale dello svolgimento delle riunioni di equipe si presentano i seguenti spunti di riflessione:

a) Le riunioni di equipe non devono essere eccessivamente distanti l'una dall'altra in quanto, un lasso di tempo eccessivamente lungo, renderebbe inoperoso il gruppo di lavoro. Gli argomenti da affrontare sarebbero, infatti, affrontati e risolti ordinariamente in maniera monocratica in quanto non sembrerebbe possibile attendere l'analisi congiunta delle questioni. La stessa metodologia sarebbe dispersiva e il risultato sarebbe quello di un mero 'incontro di aggiornamento' tra le varie figure più che uno strumento operativo dell'ente. Inoltre, determinerebbe il rischio della perdita della visione d'insieme di obiettivi e risultati dell'organizzazione nel suo complesso;



b) D'altra parte, tali incontri non devono essere neppure troppo ravvicinati o quotidiani in quanto diventerebbero routine, sarebbero sottovalutati nella loro importanza operativa e sarebbero facili occasioni per perdere inutilmente tempo. La consapevolezza dell'incontro costante tra gli operatori depotenzializza la stessa metodologia.

Svolte le dovute riflessioni risulta utile indicare una tempistica adeguata che, anche sulla base dell'esperienza, risulta essere quella di riunioni di equipe da tenersi ogni mese, ogni quindici giorni o settimanalmente a seconda delle dimensioni della struttura, delle problematiche da affrontare e delle capacità ed abilità operative del personale in servizio, Direzione compresa. Risulta, infatti, improduttiva una equipe che si ritrova ad intervalli superiori del mese. Questa temporalizzazione dipende, naturalmente, anche dalle tematiche da trattare in riunione. Una cosa è la trattazione delle sole questioni organizzative interna, altra l'analisi anche dei vari 'fabbisogni assistenziali' degli assistiti. Ma queste sono opzioni e scelte interne che attengono all'organizzazione che la Direzione vuol dare alla struttura e devono necessariamente tener di conto della situazione e dell'organizzazione interna e non si possono somministrare, in materia, ricette valide per tutti. Questa metodologia di equipe è da applicarsi a





tutti i livelli operativi e non soltanto alle riunioni del personale ma anche di settore, tra i responsabili ed ad ogni articolazione operativa.

### **IX.D – Attività direzionale partecipata**

Anche a livello direzionale risulta importante e rilevante l'applicazione della metodologia in oggetto. Il Direttore di struttura necessita, infatti, dell'apporto e della conoscenza specifica di tutti i settori e delle varie criticità che fanno capo ai vari responsabili in maniera da poter conoscere, studiare e decidere in modo realmente consapevole ed ottimale per la struttura. In questa prospettiva l'equipe direzionale svolge un ruolo fondamentale per la crescita e lo sviluppo dell'organizzazione interna e dei servizi nell'ottica del miglioramento continuo. Le riunioni di equipe a livello Direzionale e di responsabili, pur strettamente connesse alle dimensioni della struttura, dovrebbero avere – indicativamente – uno svolgimento settimanale e, possibilmente, ad inizio settimana in maniera da consentire un'organizzazione ed un'impostazione dell'intero assetto organizzativo dell'ente socio-assistenziale. Una retta organizzazione aziendale richiede, infatti, soprattutto a livello di vertice, un'analisi attenta delle varie problematiche e criticità di tutti i settori per poter assumere, di volta in volta, la decisione più appropriata al singolo caso.

## **X - ESPERIENZA DEL LAVORO IN EQUIPE NELL'AMBITO OPERATIVO DELLE DIVERSE FIGURE PROFESSIONALI;**



## **X.A - Il punto di vista del coordinatore nel lavoro in equipe**

*a cura di Valentina Balestri*

La figura del coordinatore di una struttura socio sanitaria è una figura culturalmente poco conosciuta, direi poco delineata nei compiti specifici, poichè relativamente giovane è il concetto di coordinamento delle risorse umane e non in una struttura. Questo ha a che fare con il cambiamento culturale che da qualche anno sta avvenendo nel modello gestionale delle aziende che dal classico sistema gerarchico unipersonale a piramide sta passando sempre di più ad un modello orizzontale di cooperazione composto da organi gruppalì.

Nel settore socio-sanitario questo modello gestionale risulta ancor più evidente e il lavoro di equipe diventa fondamentale per affrontare le multi problematicità portate dalle persone.

Questa premessa serve per capire il ruolo del coordinatore, in quanto con questo termine non si definisce il “capo” di una struttura che la dirige, ne detta le regole ed esercita il controllo ma una figura che si pone tra la direzione e il gruppo degli operatori in struttura.

Questa figura è importante non solo perché richiesta espressamente dalla normativa ma perché l’esperienza pratica ha evidenziato le necessità di una figura che potesse farsi carico di quegli aspetti lavorativi pratici di carattere amministrativo-burocratico e di relazione con l’esterno che gli operatori non riuscirebbero a seguire nel loro lavoro quotidiano assistenziale in struttura.





Questa è la ragione pratica e immediatamente comprensibile della presenza del coordinatore in struttura ma ce ne sono altre più legate al lavoro di equipe ossia di gruppo.

Il gruppo di lavoro, appunto, ha bisogno di una figura terza che possa osservare e offrire una visione più ampia di ciò che avviene.

Il gruppo di lavoro è assimilabile ad altri gruppi che conosciamo bene perché parte della nostra esperienza di vita, come quello familiare e come questo è attraversato da dinamiche e meccanismi di difesa che vanno riconosciuti ed elaborati per far sì che il gruppo rimanga tale e non retroceda ad un insieme di individui slegati e sia così produttivo.

Il coordinatore deve tenere presente che il gruppo non è la sommatoria di individui ma un'entità a se stante con reazioni e oscillazioni frutto della parte irrazionale e affettiva delle persone che ne fanno parte e che dal gruppo vengono influenzate anche inconsapevolmente.

Coordinare un gruppo significa quindi sedersi un po' distante da questo e osservare le dinamiche, offrire i contesti e gli spazi per la condivisione degli obiettivi di lavoro e anche per la riflessione sulla "salute" del gruppo, quando ce ne è la possibilità si può riportare al gruppo la lettura e la visione più ampia del coordinatore.

Un altro aspetto importante è appunto quello della condivisione, perché nonostante possano essere chiari gli obiettivi del gruppo, dividerli non è affatto scontato ma anzi richiede un lavoro impegnativo che porta appunto a sentire quegli obiettivi come frutto di una scelta e non solo di un'imposizione, il lavoro è quello di creare i momenti di discussione e di elaborazione di questi.



Con questa seconda riflessione ho evidenziato gli aspetti meno pratici del lavoro del coordinatore ma fondamentali per il buon funzionamento di un'equipe di struttura.

Quando infatti si stimola la competitività si produce solitudine e malessere, il compito diventa la sopravvivenza del singolo e si possono utilizzare anche sistemi di alleanze, in questo caso il compito o l'obiettivo non è più condiviso e le tensioni che si creano possono riversarsi sugli utenti creando disfunzioni.

Infine un'altra parte importante è quella relazionale che il coordinatore deve condurre verso l'esterno della struttura e verso il vertice aziendale, per esterno intendo i familiari e la rete amicale degli ospiti, le istituzioni, il territorio inteso come cittadinanza del loco e le sue forme associative.

In questa veste di referente per i vari interlocutori esterni il coordinatore si trova spesso davanti a una richiesta a volte esplicita ma per lo più implicita di complicità ossia tutti lo vorrebbero difensore dei propri bisogni e diritti.

Ad ogni interlocutore deve dare spazio e ascolto e fare da collegamento con gli operatori, mettere in circolo le informazioni in modo che non si creino barriere di difesa che possano interagire e inficiare il lavoro operativo con gli ospiti.

Questa figura è immersa in questa rete di relazioni ed è per questo che deve conoscere bene tutta la struttura in cui opera, dalla lavanderia alla cucina alla parte sanitaria degli ospiti, agli ospiti stessi perchè deve poter capire le istanze portate dalle varie figure professionali del gruppo di lavoro e dagli altri interlocutori.

Infine concludo dicendo che il coordinatore si tiene un pò distante dal gruppo per osservare ma è quando si sente parte di questo e viene sentito come tale





dagli altri che il suo lavoro è davvero produttivo, perché si sono create relazioni di fiducia all'interno della struttura.

## **X.B - Il ruolo dell'infermiera e dell'equipe di struttura**

### **quale valore aggiunto**

*a cura di Francesca Beccani*

Negli ultimi decenni la figura dell'infermiere si è notevolmente modificata. Dopo il D.M. 14 settembre 1994, n. 739, che definisce la fine del “*Mansionario Infermieristico*” l'infermiere è considerato: “*l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica*”.

Soprattutto nell'articolo 1, punto 3, del sopra citato Decreto Ministeriale si dichiara che:

*“L'infermiere:*

- a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;*
- b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;*
- c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;*
- d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico - terapeutiche;*
- e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;*
- f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;*



*g) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero - professionale.”*

Con il D.M. 14 settembre 1994, n. 739 si viene ad identificare, quindi, una nuova figura professionale non più racchiusa in un determinato schema, come avveniva nel mansionario infermieristico, ma una figura 'pluriforme' capace di mettere la sua professionalità al servizio degli altri nell'ottica, collaborando con le altre figure sanitarie, di identificare i bisogni della persona formulando i relativi obiettivi e contribuendo alla loro realizzazione.

Questo è proprio il ruolo dell'infermiere in Struttura. L'infermiere è il primo operatore che l'assistito incontra al suo ingresso in struttura.

E' l'infermiere che, comunicando con la persona da assistere, deve riconoscere – in concerto con le altre figure - i bisogni della persona stessa, valutare immediatamente il suo quadro clinico e cercare di agevolare al meglio il suo 'passaggio' in struttura. Deve cercare, con molta diplomazia e professionalità, di tranquillizzare l'assistito e cercare di farlo sentire “a casa”: il momento dell'ingresso in struttura per l'ospite è sempre traumatico perché viene a mancargli la sua quotidianità, la sua indipendenza e, soprattutto, sente la perdita immediata degli affetti e della famiglia. Quest'ultimo è il punto più drammatico perché spesso la famiglia è costretta a ricoverarlo in struttura per l'impossibilità della gestione, soprattutto per quei soggetti che hanno problemi psichici o decadimenti cognitivi e, quindi, il distacco diventa traumatico anche per la famiglia stessa: sta sempre all'infermiere cercare di alleviare le loro sofferenze e preoccupazioni e far sentire i congiunti parte integrante di un progetto che ha come obiettivo finale il benessere dell'assistito.





I sette giorni successivi all'inserimento in RSA tutto il personale della struttura, sia quello infermieristico e che gli operatori socio-sanitari, sia l'animatore che il fisioterapista, devono valutare il comportamento dell'ospite in modo da eseguire una prima analisi di quest'ultimo e annotarlo sulla sua **Scheda utente**. La scheda utente rappresenta la prima scheda dell'assistito dove possiamo ritrovare i suoi dati anagrafici e quelli dei suoi congiunti, una prima scheda di valutazione sulla sua autonomia e alcune caratteristiche del suo modo di vivere e sulle sue abitudini. Infatti, dalla scheda utente possiamo subito evidenziare "cosa piace" all'assistito e cercare di aiutarlo a ripristinare in struttura una stile di vita simile quanto più simile a quella che conduceva a casa.

Il passaggio successivo alla compilazione dalla scheda utente è la stesura della vera e propria Cartella dell'ospite in cui tutte le figure professionali presenti in struttura compilano la parte a loro designata:

- Il medico curante compilerà la modulistica sulla patologie presenti e sullo stato cognitivo dell'assistito;
- L'infermiere procederà alla stesura del diario infermieristico e della Scala di Conley ovvero un indice per la valutazione della prevenzione delle cadute. E' soltanto con la compilazione di tale scala e con punteggio alto di quest'ultima che, in sede di riunione di equipe, si può procedere alla prescrizione di mezzi di contenzione per l'ospite sempre rispettando il diritto della libertà del paziente e sotto stretto controllo degli operatori e previa prescrizione medica. Inoltre, è sempre a carico dell'infermiera la compilazione della Scala di Norton per la valutazione dei rischi di compromissione delle integrità cutanee in modo da mettere



in pratica tutti gli accorgimenti utili per non favorire la presenza di lesioni da decubito;

- L'operatore Socio-sanitario, prescelto dall'infermiera per prendersi cura del paziente, compilerà la scala di Bathel, ovvero uno strumento di valutazione delle funzioni fisiche più note. Essa, infatti, fornisce un punteggio indicativo delle capacità del paziente di lavarsi, vestirsi, gestire l'igiene personale, deambulare su superfici piane, salire e scendere le scale e tutte le altre capacità che ha una persona e che lo rendono indipendente;
- Il fisioterapista: procederà alla compilazione del Test di Tinetti ovvero un indice sulla valutazione delle performance finalizzate all'equilibrio, delle performance finalizzate all'andatura ed all'analisi delle caratteristiche che influenzano la mobilità;
- L'animatore: avrà il compito di valutare la socializzazione del paziente e la partecipazione di quest'ultimo alla vita ed alle attività di struttura.

Terminata la compilazione della Scheda Socio-Sanitario dell'assistito si procederà alla compilazione del vero e proprio "*Piano Assistito Individuale*" (PAI) mediante una riunione d'equipe composta dagli operatori sopra citati e la presenza dei familiari dell'ospite. Il PAI (Piano Assistenziale Individuale) rappresenta il progetto globale sulla persona e consiste nell'elaborazione di un Piano di Assistenza personalizzato che tiene conto delle necessità Individuali dell'ospite ma soprattutto pianifica i bisogni del paziente individuando gli obiettivi da raggiungere in modo da migliorare la condizione di vita dell'ospite stesso. Durante la compilazione del PAI gli operatori andranno quindi a valutare:





📁👤 L'area cognitiva comportamentale: la quale identifica le capacità cognitive dell'ospite. Gli operatori preposti a tale area sono soprattutto l'animatore e l'operatore socio-sanitario in quanto, stando sempre a contatto con l'ospite, valutano le sue capacità cognitive quotidiane e soprattutto monitorizzano il variare delle stesse.

📁👤 L'area organica funzionale: che evidenzia l'autonomia del paziente stesso, le sue patologie e le sue limitazioni funzionali. Gli operatori preposti a tale area sono maggiormente il medico, l'infermiere, l'operatore socio-sanitario e la fisioterapista i quali vanno a valutare la situazione patologica e di conseguenza l'autonomia stessa dell'assistito;

📁👤 L'area relazionale ambientale: che valuta la partecipazione dell'assistito alla vita quotidiana della struttura ovvero la partecipazione passiva o attiva.

Dopo aver prefissato gli obiettivi per migliorare le condizioni residue degli assistiti, gli operatori, in base alle loro mansioni, avranno cura di monitorizzare costantemente i miglioramenti o i peggioramenti dell'ospite.

Il compito dell'infermiere, inoltre, è quello dello svolgimento delle pratiche quotidiane infermieristiche come:

- ✓ la somministrazione della terapia agli ospiti,
- ✓ l'esecuzione di medicazioni e la supervisione dell'ospite in modo da non favorire l'insorgenza di lesioni da decubito;
- ✓ la rilevazione dei parametri vitali;
- ✓ l'aggiornamento del diario infermieristico e della cartella dell'Ospite;
- ✓ la programmazione di visite mediche;



- ✓ l'esecuzione delle pratiche infermieristiche (clisteri evacuativi, cateteri vescicali, accessi venosi, prelievi venosi.....).

Riassumendo, potremmo dire, che l'infermiere è il cardine del lavoro d'equipe in struttura in quanto è la figura centrale che va a coordinare tutte le altre figure:

- E', infatti, l'infermiere che comunica al Medico Curante il miglioramento od il peggioramento delle condizioni cliniche del paziente;
- E' l'infermiere che valuta quotidianamente, con l'aiuto dell'Operatore Socio-Sanitario e l'Animatore, le condizioni fisico-psichiche dell'ospite;
- E' l'infermiere che comunica giornalmente al fisioterapista la situazione generale del paziente;
- E' l'infermiere che ha il contatto diretto con i familiari dell'ospite;
- Ma soprattutto è l'infermiere la persona di riferimento per il paziente stesso.

Risulta quindi particolarmente necessario che il profilo infermieristico sia ricoperto da persone non solo di adeguata capacità professionale ma anche con una spiccata propensione al lavoro in equipe in quanto, mancando questa caratteristica, visto il suo ruolo, ne risente l'intera organizzazione del lavoro.





## **X.c - Fisioterapista**

*a cura di Alice Brachini*

L'invecchiamento della popolazione, fattore in crescita nel nostro paese<sup>29</sup>, associato all'aumento della durata di vita (quarta età) determina una sempre più crescente domanda di prestazioni sociali ed assistenziali in cui si rende necessario un approccio multidisciplinare.

Il principale obiettivo è garantire una qualità di vita il più possibile elevata, traducendola nella miglior condizione di salute e di benessere possibile, nel rispetto dell'individualità e della dignità della persona.

Nella realtà operativa delle RSA, le diverse figure professionali cooperano tra loro per la presa in carico globale del paziente. Attraverso la realizzazione del progetto assistenziale individuale (PAI) avviene un'interazione che porta all'attuazione di un progetto comune centrato sul paziente, secondo la prospettiva della valutazione interdisciplinare, del lavoro per progetti e della direzione per obiettivi.

Per quanto riguarda la modalità operativa del fisioterapista all'interno del gruppo di lavoro, la figura del medico e dell'infermiere professionale rappresentano il punto di riferimento per l'impostazione del programma riabilitativo. Attraverso consultazioni e aggiornamenti continui sullo stato clinico assistenziale dei pazienti verranno decise le tipologie e le modalità di attuazione delle attività da eseguire (ginnastica in gruppi, intervento fisioterapico individuale a letto o in palestra) e comunicate le scelte riguardanti alcuni aspetti del trattamento che coinvolgono gli operatori.

---

29

Cfr. *Quaderni europei sul nuovo Welfare*, n. 5/2006;



Il fisioterapista inoltre collabora con l'operato degli OSS durante la movimentazione del paziente allettato, nei trasferimenti e nei passaggi posturali, nella preparazione posturale del paziente al pasto; tutto sempre nell'ottica di conservare e potenziare le autonomie del paziente stesso.

E' evidente che l'operato delle singole figure professionali debba considerarsi inscindibile dall'operato altrui e che il lavoro debba procedere in un unico e costante flusso di informazioni ed interazioni, con una modalità di comunicazione reciproca e continuativa ed ottenere come conseguenza, nuove informazioni e suggerimenti necessari per arrivare insieme ad una soluzione del problema.





## **XI - Proposte ed osservazioni operative conclusive**

Al termine di questa riflessione dobbiamo effettuare una valutazione complessiva della metodologia di lavoro in equipe. Analizzati le eventuali e possibili criticità in combinato disposto con i possibili benefici dobbiamo *'tirare le somme'*. Come emerso dall'intero studio possiamo serenamente rilevare che il lavoro in equipe, nei contesti economici ed organizzativi attuali, diventa sempre più uno strumento capace di saper coniugare l'aspirazione ad un'ottima qualità del servizio offerto con la necessità di razionalizzare le stesse modalità operative aziendali. Senza dubbio, uno degli aspetti più difficili da presidiare è l'intreccio complesso dei comportamenti che l'interazione tra individui normalmente induce. Proprio per questo l'attività di gruppo non può essere improvvisata e lasciata al caso, bensì necessita dell'uso consapevole di regole, tempistiche e strumenti determinati. Affinché un gruppo di lavoro possa evolversi e maturare nel tempo e per permettere una maggiore collaborazione tra i suoi membri ed una loro partecipazione più attiva è necessario che si passi dalla semplice interazione ad una vera e propria integrazione. Dal momento che le strutture sanitarie sono distribuite in modo sempre più capillare all'interno del territorio, anche le relazioni e gli scambi tra operatori e operatori-utenti stanno divenendo maggiormente intensi e significativi. Tali cambiamenti impongono che la comunicazione tra i diversi soggetti divenga più efficace attivando una rete in grado di fornire servizi integrati, frutto di una continua collaborazione. Sin dall'inizio nei processi lavorativi il lavoro d'equipe è stato concepito come strumento per facilitare l'integrazione di competenze, sviluppare apprendimenti, sostenere processi di condivisione delle decisioni, rispondere alla necessità di assetti organizzativi flessibili.



La necessità della costruzione di contesti collaborativi, oltre che a richiamare aspetti valoriali, è strettamente collegata alla necessità di integrazione imposta dalla complessità dei bisogni espressa dall'anziano fragile.

Il lavoro di equipe è una modalità operativa che costituisce una risorsa indispensabile per una qualità dell'assistenza per tutte le strutture socio-sanitarie, che sono antropocentriche, fondate cioè sulla centralità della persona considerata nella sua globalità, e orientate ai risultati, mediante interventi integrati sulla base di progetti individualizzati. L'anziano è un soggetto complesso e richiede un approccio olistico e un intervento integrato, ma anche la struttura residenziale è una realtà complessa e richiede una capacità di sintesi e di armonizzazione di tutte le componenti<sup>30</sup>: utenti, familiari, operatori ed amministratori. Concludendo veramente, possiamo lapidariamente affermare che la metodologia di lavoro in equipe è un prezioso strumento di lavoro, soprattutto nel settore socio-sanitario e dei servizi alla persona, ma necessita di esser saggiamente utilizzato onde evitare le possibili criticità derivanti dagli aspetti più problematici legati alla collaborazione tra persone per il perseguimento del fine comune.

---

<sup>30</sup> PEGORARO R., *I tempi e le risorse per l'umanizzazione*, in TUROLDO F. (a cura di), *Etica e umanizzazione delle cure*, Padova, Fondazione Lanza e Euganea Editoriale Comunicazioni, 2007.