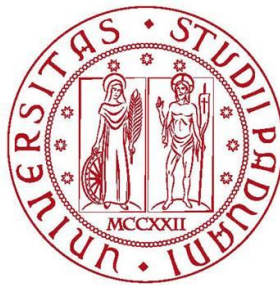


# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE,  
GIURIDICHE E STUDI INTERNAZIONALI

Corso di laurea Magistrale in Innovazione e Servizio Sociale  
(LM-87)



## LAVORO IN ÉQUIPE E CULTURA ORGANIZZATIVA NELL'AMBITO DI UN SERVIZIO PER LE DIPENDENZE

*Relatore:* Prof.ssa ELISA MARIA GALLIANI

*Laureando:* MATTEO BARUFFA  
matricola N. 2062717

A.A. 2022/2023



# INDICE

|  |    |
|--|----|
| INTRODUZIONE.....  | 1  |
| CAPITOLO I .....   | 3  |
| 1.1 DAL GRUPPO ALL'ÉQUIPE.....   | 3  |
| 1.1.1 Il gruppo: definizioni, caratteristiche ed evoluzione.....               | 3  |
| 1.1.2 L'équipe .....   | 6  |
| 1.2 IL LAVORO IN ÈQUIPE.....   | 7  |
| 1.2.1 Lavoro in équipe: una definizione .....                                  | 7  |
| 1.2.2 Utilità del lavoro di gruppo: una dibattuta analisi costi-benefici ..... | 9  |
| 1.2.3 Leadership e gestione della conflittualità .....                         | 14 |
| 1.2.4 Le emozioni all'interno di un gruppo di lavoro .....                     | 18 |
| 1.2.5 Il lavoro in équipe nei servizi socio-sanitari .....                     | 22 |
| 1.2.6 L'assistente sociale nel lavoro interprofessionale .....                 | 24 |
| CAPITOLO II .....  | 27 |
| 2.1 DEFINIZIONI, TIPOLOGIE E CAMBIAMENTO.....                                  | 27 |
| 2.1.1 Perché studiare la cultura organizzativa.....                            | 27 |
| 2.1.2 Il fondamento della cultura organizzativa: l'organizzazione .....        | 28 |
| 2.1.3 La cultura organizzativa: possibili definizioni .....                    | 29 |
| 2.1.4 Tipologie e sviluppo della cultura organizzativa .....                   | 30 |
| 2.1.5 Il cambiamento della cultura organizzativa.....                          | 33 |
| 2.2 LA PROSPETTIVA DI SCHEIN .....   | 38 |
| 2.2.1 Artefatti, valori e assunti di base .....                                | 38 |
| 2.2.2 Scoprire gli assunti culturali di un'organizzazione .....                | 40 |
| 2.3 IL MODELLO DI CAMERON E QUINN.....   | 44 |
| 2.4 LA CULTURA ORGANIZZATIVA ALL'INTERNO DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI.....       | 47 |
| 2.4.1 Le tipologie di cultura organizzativa delle aziende sanitarie .....      | 47 |

|  |    |
|--|----|
| 2.4.2 Il cambiamento culturale all'interno dei servizi socio-sanitari .....  | 49 |
| CAPITOLO III.....  | 53 |
| 3.1 LE DIPENDENZE TRA APPROCCI E DEFINIZIONI.....                            | 53 |
| 3.1.1 Definire la dipendenza: la posizione dell'OMS e del DSM V .....        | 53 |
| 3.1.2 I differenti approcci alle dipendenze .....                            | 56 |
| 3.2 I POSSIBILI INTERVENTI.....  | 60 |
| 3.2.1 Colloquio motivazionale .....  | 60 |
| 3.2.2 Interventi Cognitivo-Comportamentali.....                              | 61 |
| 3.2.3 Modello di Prevenzione della Ricaduta .....                            | 63 |
| 3.2.4 Interventi sostitutivi o farmacologici .....                           | 64 |
| 3.3 IL SERVIZIO PER LE DIPENDENZE E IL RUOLO DELL'ASSISTENTE<br>SOCIALE..... | 66 |
| 3.3.1 Il SerD .....  | 66 |
| 3.3.2 Il ruolo dell'assistente sociale.....                                  | 67 |
| CAPITOLO IV .....  | 69 |
| 4.1 PRESUPPOSTI DELLA RICERCA .....  | 69 |
| 4.2 OBIETTIVI E DOMANDA DI RICERCA .....                                     | 71 |
| 4.3 CONTESTO E POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO .....                              | 72 |
| 4.4 ACCESSO AL CAMPO .....   | 73 |
| 4.5 STRUMENTO.....   | 73 |
| 4.6 ANALISI DEI DATI .....   | 74 |
| CAPITOLO V .....   | 77 |
| 5.1 IL LAVORO IN ÉQUIPE ALL'INTERNO DEL SERVIZIO .....                       | 77 |
| 5.1.1 Il concetto di lavoro in équipe .....                                  | 77 |
| 5.1.2 Il lavoro in équipe nell'area delle dipendenze .....                   | 79 |
| 5.1.3 I vantaggi del lavoro in équipe .....                                  | 80 |
| 5.1.4 Gli svantaggi del lavoro in équipe .....                               | 82 |

|   |     |
|---|-----|
| 5.1.5 Professioni del Servizio per le Dipendenze e reciproca conoscenza dei ruoli .....     | 84  |
| 5.1.6 La soddisfazione dei professionisti .....   | 91  |
| 5.1.7 La comunicazione all'interno del Servizio .....                                       | 95  |
| 5.1.8 Le emozioni dell'équipe .....   | 96  |
| 5.1.9 Aspetti che favoriscono il lavoro in équipe .....                                     | 98  |
| 5.1.10 Ostacoli al lavoro in équipe .....   | 100 |
| 5.1.11 Le competenze necessarie .....   | 102 |
| 5.1.12 Possibili interventi .....   | 104 |
| 5.2 LA CULTURA ORGANIZZATIVA DEL SERVIZIO .....   | 106 |
| 5.2.1 La mission .....  | 106 |
| 5.2.2 I valori .....  | 108 |
| 5.2.3 Coflittualità o coerenza tra i valori del Servizio e quelli dei professionisti? ..... | 110 |
| 5.2.4 La conflittualità nel Servizio .....  | 111 |
| 5.2.5 Quali idee sulla dipendenza e sulle persone che accedono al Servizio? .....           | 112 |
| 5.2.6 La tipologia di cultura organizzativa .....   | 116 |
| 5.2.7 Le figure chiave nella storia del Servizio .....                                      | 118 |
| 5.2.8 Incidenti critici .....   | 120 |
| CONCLUSIONI.....  | 123 |
| BIBLIOGRAFIA.....   | 129 |
| ALLEGATO A .....  | 137 |



# INTRODUZIONE

All'interno di un Servizio per le Dipendenze, il lavoro in équipe rappresenta una metodologia operativa imprescindibile, poiché le persone che vi accedono presentano bisogni dal punto di vista fisico, psicologico e sociale. È compito del Servizio farsi carico di tali aspetti, dal momento che la salute delle persone “è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità” (OMS, 1946 p.2). Un singolo operatore non dispone del tempo né delle competenze per riuscire a gestire tale complessità. Per tale ragione, è necessario operare attraverso un'équipe costituita da professionisti diversi. Gli operatori di un Servizio per le Dipendenze, quindi, si ritrovano quotidianamente a lavorare in équipe e tale fattore, dunque, può avere un impatto rilevante sulle risposte che vengono fornite alle persone che accedono al Servizio stesso.

Le motivazioni che hanno condotto a tale indagine nascono da un'esperienza di tirocinio all'interno del Servizio per le Dipendenze di Castelfranco Veneto e dall'idea di fornire a tale Servizio uno strumento attraverso il quale i propri professionisti potessero fermarsi, ragionare sul funzionamento dell'équipe, e trovare delle modalità attraverso le quali poter migliorare la collaborazione interprofessionale tra di essi.

La ricerca, dunque, ha avuto l'obiettivo di indagare gli elementi che i professionisti del SerD ritengono critici per la qualità del lavoro in équipe, in relazione sia al funzionamento interno sia all'efficacia degli interventi. Per cercare di comprendere in modo maggiormente approfondito tali aspetti, inoltre, è stata analizzata anche la cultura organizzativa del SerD di Castelfranco Veneto, poiché essa può avere un impatto significativo sul modo in cui il lavoro in équipe è inteso, valorizzato e concretamente realizzato all'interno di un servizio.

Al fine di raggiungere tale scopo, sono stati coinvolti gli operatori del Servizio, attraverso interviste semi-strutturate. Successivamente, è stata condotta un'analisi qualitativa di tipo tematico delle risposte ottenute.

La tesi si articola in cinque capitoli: all'interno dei primi tre è approfondita la letteratura scientifica in merito al lavoro in équipe, alla cultura organizzativa e alla tematica delle dipendenze, mentre nel quarto e nel quinto capitolo è presentata la ricerca condotta all'interno del Servizio per le Dipendenze di Castelfranco Veneto.

Il primo capitolo è dedicato al lavoro in équipe. Esso ne offre una definizione, e un'analisi dei vantaggi e degli svantaggi, della leadership e della gestione della conflittualità e delle emozioni provate dai professionisti all'interno di un gruppo di lavoro, concentrandosi, nella sezione conclusiva, sull'ambiente dei servizi socio-sanitari e sulla figura dell'assistente sociale.

Il secondo capitolo approfondisce la tematica della cultura organizzativa. Il primo paragrafo mette in luce le caratteristiche di tale costrutto, il secondo presenta due modelli attraverso i quali è possibile descriverlo, mentre il terzo delinea le caratteristiche della cultura organizzativa all'interno del contesto dei servizi socio-sanitari.

Il terzo capitolo esplora la realtà delle dipendenze, presentandone definizioni, approcci e possibili interventi. Esso si concentra, inoltre, sul ruolo e sulle funzioni di un Servizio per le Dipendenze, sottolineando il compito svolto dall'assistente sociale all'interno di tale contesto.

Il quarto capitolo introduce la ricerca, approfondendone i presupposti, gli obiettivi, l'accesso al campo, la popolazione di riferimento e la metodologia.

Il quinto capitolo, infine, presenta i risultati dell'indagine, evidenziando gli aspetti che impattano sul lavoro in équipe e gli elementi che costituiscono la cultura organizzativa del Servizio.

In conclusione, tale ricerca ha permesso di evidenziare la complessità del lavoro in équipe e della cultura organizzativa di un Servizio per le Dipendenze. Essa, infatti, da un lato ha evidenziato le caratteristiche della cultura organizzativa del SerD di Castelfranco Veneto, dall'altro ha messo in luce gli aspetti che favoriscono e che ostacolano il lavoro in équipe all'interno del Servizio, proponendo una serie di interventi finalizzati al miglioramento di tale metodologia operativa.



# CAPITOLO I

## IL LAVORO IN ÉQUIPE: CARATTERISTICHE E PECULIARITÀ

### 1.1 DAL GRUPPO ALL'ÉQUIPE

#### *1.1.1 Il gruppo: definizioni, caratteristiche ed evoluzione*

Il Dizionario di Psicologia curato da Harrè, Lamb e Mecacci (2007) definisce il gruppo come “un insieme formato da due o più persone che interagiscono tra loro e che dividono delle mete e delle norme comuni che stanno a capo della loro attività, sviluppando una rete di ruoli e di relazioni affettive”. Secondo tale definizione, pertanto, affinché si possa parlare di gruppo, è imprescindibile che vi siano almeno due individui, i quali devono necessariamente essere in relazione fra di loro, condividere obiettivi comuni e seguire regole e ruoli stabiliti.

La definizione proposta può essere integrata con il contributo fornito da Tajfel (1981), secondo il quale i gruppi si formano sulla base di processi di auto-categorizzazione e non dipendono da eventi esterni come quelli storici o politici, poiché sono legati al vissuto di appartenenza dei soggetti che li compongono. Tale vissuto di appartenenza, secondo l'autore, è caratterizzato da aspetti cognitivi (la conoscenza di appartenere ad un gruppo), valutativi (atteggiamenti positivi o negativi legati al gruppo) ed emozionali (Testoni & Mosso, 2015). Una simile visione del gruppo, incentrata sulla dimensione soggettiva, richiama quella proposta da Turner (1982), per il quale un gruppo esiste quando “due o più individui percepiscono se stessi come membri della stessa categoria sociale” (cit. in Testoni & Mosso, 2015, p. 34).

La definizione proposta da Tajfel (1981) può essere arricchita con quella avanzata da Brown (2005), concludendo che un gruppo esiste quando due o più soggetti descrivono se stessi come membri e quando la sua esistenza è riconosciuta da almeno un altro individuo. Tale definizione ha il pregio di evidenziare l'importanza dell'outgroup, dell'esterno dal gruppo, ma presenta, allo stesso tempo, delle criticità: qualora la si assuma come strumento per definire un gruppo, infatti, si è costretti ad affermare, ad esempio, che un gruppo di amici diviene tale solo nel momento in cui qualcun altro viene a sapere che esiste quella compagnia di amici, o che una famiglia di eremiti non può essere considerata un gruppo, o, ancora, che non lo possono essere neanche eventuali società segrete (Testoni & Mosso, 2015).

Infine, per concludere l'argomentazione sulla natura del gruppo, è rilevante citare il lavoro di Lewin (1952), secondo il quale il tutto è maggiore della somma delle parti, poiché l'intreccio di interazioni interdipendenti composte da esperienze, vissuti e valutazioni genera una struttura che guida e orienta ogni membro. Per l'autore, infatti, il gruppo è una totalità dinamica, le cui proprietà strutturali sono superiori alla sommatoria dei singoli elementi, poiché si viene a generare un'interdipendenza caratterizzata dalla consapevolezza di un destino comune, dalla quale si originano la coesione e l'orientamento al compito (Testoni & Mosso, 2015).

La struttura di un gruppo è formata dal sistema di ruoli, regole, norme, comunicazioni e relazioni. Il ruolo indica le funzioni eseguite da un individuo che occupa una determinata posizione all'interno del gruppo, e genera delle aspettative legate al comportamento di tale soggetto. Le norme, invece, sono quelle regole e procedure che guidano l'agire delle persone, prescrivendo, anche, le relazioni intergruppi. Tali indicazioni possono presentare diversi gradi di prescrittività e proscrittività che favoriscono il mantenimento o l'eliminazione di determinate condotte, all'interno di una coerenza situazionale e culturale. L'esistenza di tali regole permette di rendere prevedibile il comportamento dei membri del gruppo, consentendo, quindi, di programmare il futuro (Testoni & Mosso, 2015).

È inevitabile, inoltre, che all'interno del gruppo si formi una gerarchia, ovvero il riconoscimento di una differenza di status fra i diversi membri (Zamperini & Testoni, 2002). All'interno di un collettivo, infatti, è possibile individuare differenze di ruolo e di status. Le prime definiscono la distribuzione dei compiti, le posizioni dei singoli in base alle loro aspirazioni e aspettative, e le funzioni comuni a cui far fronte. Tale elemento strutturale del gruppo svolge le funzioni di divisione del lavoro, di mantenimento dell'ordine, di creazione dell'identità individuale e di prevedibilità dei comportamenti, delle modalità di interazione e delle relazioni collettive. Le differenze di status, invece, stabiliscono la gerarchia di valore dei ruoli, caratterizzata dai differenti livelli di possibilità nell'esercitare il potere d'influenza e di controllo sui singoli. Le disparità di status possono rappresentare tanto una delle cause della distanza sociale, ovvero della formazione di classi dovute alla disuguaglianza fra livelli, quanto del confronto sociale, dal quale nasce la conflittualità tra classi e la mobilità fra livelli (Testoni & Mosso, 2015). Un altro aspetto della struttura di un gruppo è rappresentato dalle reti di comunicazione, le quali normano gli scambi, stabilendo chi comunica con chi. La natura di tali reti varia a seconda del numero di connessioni: più queste sono centralizzate, più è difficile

comunicare liberamente, poiché la maggior parte delle informazioni transita per un determinato individuo, il quale detiene un potere maggiore (Zamperini & Testoni, 2002). La dimensione emotiva, infine, condiziona il gruppo, tanto con la componente conscia, quanto con quella inconscia. Le emozioni legate a quest'ultima, ad esempio, permangono negli individui in modo latente, generando degli assunti di base inconsci che condizionano il comportamento dei singoli e del collettivo (Zamperini & Testoni, 2002). Il gruppo non è un'entità data, statica ed immobile. Esso è, bensì, in evoluzione e in continuo mutamento. Ogni gruppo, infatti, nasce, si trasforma e muore all'interno di un proprio ciclo di vita caratterizzato da diverse fasi. Queste non devono necessariamente verificarsi nella loro totalità, né devono seguire un ordine preciso, tuttavia, in linea generale, è possibile riassumerle nelle seguenti categorie: la formazione, ovvero la fase iniziale dove avvengono i primi contatti di conoscenza reciproca, si delineano i compiti e gli scopi e dove si assiste a rapporti contraddistinti da formalità, incertezza, cautela e limitato impegno; la seconda fase è rappresentata dal conflitto, caratterizzato dal disaccordo che nasce dal fatto che ognuno cerca di non essere vittima o strumento della volontà, alimentando una forte emotività legata al rifiuto, all'aggressività e a coalizioni antagoniste; il terzo momento è quello della normazione, al quale si approda attraverso la negoziazione, superando la conflittualità, con la possibilità di arrivare alla coesione, trasformando l'aggregato di persone in un gruppo psicologico contraddistinto da norme che riflettono consenso e armonizzazione; il quarto stadio è quello della praxis, dove aumentano l'impegno e la cooperazione, permettendo di risolvere problemi, prendere decisioni e strutturare piani di lavoro; l'ultima fase è quella della conclusione, la quale può lasciare conseguenze emotive negative e alla quale si può giungere poiché il gruppo era temporaneo, poiché aveva terminato i propri scopi, o poiché era venuta meno la motivazione dei membri (Testoni & Mosso, 2015).

Infine, all'interno di ogni fase, possono agire tre diverse dinamiche: la valutazione, l'impegno e la transizione di ruolo. La prima fa riferimento alla situazione in cui ogni individuo cerca di comprendere il valore degli altri, rimanendo cosciente del fatto che egli stesso debba cercare di apparire positivamente per essere, a sua volta, accettato. I livelli di compatibilità che è possibile ottenere sono legati alla presenza sia di gratificazioni del gruppo, ovvero quanto il singolo è funzionale agli obiettivi di quest'ultimo, sia a quella di gratificazioni individuali, ossia di quanto il gruppo appaga i bisogni dell'individuo. L'impegno, invece, viene profuso da ogni membro a seconda del positivo o negativo rapporto costi-benefici, permettendo, o meno, di giungere all'azione e al raggiungimento

degli scopi condivisi. Da ultimo, in conclusione, la transizione di ruolo rappresenta quella dinamica in cui, interagendo con gli altri e in base, anche, all'impegno dimostrato, ogni membro può migliorare la propria posizione, o rischiare di essere marginalizzato ed escluso (Testoni & Mosso, 2015).

### *1.1.2 L'équipe*

Dopo aver posto una base teorica per comprendere che cosa sia un gruppo e averne approfondito gli aspetti principali, è possibile presentare l'équipe e cercare di analizzarne le caratteristiche.

Alla luce di quanto esposto, appare evidente che l'équipe, compresa quella di un Servizio per le Dipendenze, sia un gruppo: è composta da due o più di due persone (gli operatori) aventi mete (la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle persone) e norme (i protocolli) comuni, le quali tra di loro sviluppano relazioni (collaborando) all'interno di ruoli definiti (es. Direttore, educatore, ecc.). I membri di questo gruppo, inoltre, si percepiscono come appartenenti a quella determinata équipe e le persone esterne, a loro volta, riconoscono questa appartenenza.

L'équipe è un insieme di diverse figure professionali che fa del lavoro di gruppo il suo metodo di lavoro, all'intero di un contesto caratterizzato da obiettivi comuni, interdipendenza e coordinamento. Lo strumento principale di tale metodologia di lavoro è la riunione d'équipe, la quale deve tenersi regolarmente ed essere ben preparata e condotta (Testoni & Mosso, 2015).

L'équipe è un gruppo di lavoro formale, ovvero facente parte di un'organizzazione, caratterizzato da professionisti che svolgono ruoli differenti gestiti e coordinati da una figura apicale. Essa appartiene, anche, a quella tipologia di gruppi che in letteratura vengono definiti "team", poiché è dotata di un certo livello di autonomia e potere, di interdipendenza, di condivisione degli obiettivi e di sinergia tra i propri membri. L'interdipendenza tra i singoli la si ottiene quando questi lavorano insieme e sono reciprocamente responsabili delle loro azioni, interagendo con una modalità appropriata con persone, strumenti ed informazioni e non limitandosi, quindi, a ricercare una prestazione predefinita attraverso l'applicazione di una regola. La condivisione degli obiettivi, invece, emerge chiaramente nel momento in cui tutti gli operatori sono responsabili della soddisfazione del gruppo stesso. La sinergia, d'altro canto, fa riferimento al fatto che gli sforzi combinati del team valgono di più della sommatoria dell'apporto di singoli messi insieme, poiché gli scambi e l'integrazione fra di essi

generano valore aggiunto (Testoni & Mosso, 2015). L'équipe appartiene alla categoria di gruppi definiti "team", infine, poiché è abbastanza numerosa per abbracciare tutte le competenze richieste dal compito, ma non lo è troppo per non inficiare l'interazione e il processo decisionale (Ashleigh & Mansi, 2014). In altre parole, un gruppo formato da un numero ridotto di persone può avere successo qualora si debba occupare di un compito relativamente semplice, ma, quando quest'ultimo diviene maggiormente complesso, vi è la necessità di costituire un gruppo maggiormente numeroso, prestando, tuttavia, attenzione a non innalzare eccessivamente il numero delle persone coinvolte. Come hanno dimostrato Morgan e Bowers (1995), infatti, la dimensione rappresenta uno degli stressor per un team, dal momento che il numero di persone coinvolte è direttamente proporzionale agli ostacoli e alle difficoltà di comunicazione (Ashleigh & Mansi, 2014). In letteratura sono diversi gli autori che suggeriscono ai manager di tenere basso il numero dei membri di un team: a tal proposito, si possono citare, ad esempio, Edgar Schein (1965), secondo il quale la squadra ottimale è quella formata da un numero compreso da cinque a nove membri, o Coutu e Hackman (2009), i quali ritengono che non si debbano superare le dieci unità, soglia oltre la quale aumenterebbero i problemi di gestibilità del gruppo (Ashleigh & Mansi, 2014).

## **1.2 IL LAVORO IN ÈQUIPE**

### *1.2.1 Lavoro in équipe: una definizione*

La realtà in cui è immerso l'essere umano è complessa. Nell'affermarlo si rischia di scivolare nel banale, di ribadire, per l'ennesima volta, un mantra che da anni risuona nella testa di qualsiasi operatore sociale. Per quanto questo concetto possa sembrare inflazionato e ridondante, tuttavia, appare ancora il punto di partenza imprescindibile attraverso il quale affacciarsi al mondo del reale. Un contributo importante in questo senso lo ha offerto, ad esempio, Appadurai (2012) in "Modernità in Polvere", presentando la complessità moderna e dimostrando apertamente come questa ricada anche sui singoli individui e sulla loro vita concreta. La società contemporanea, infatti, è caratterizzata da un'accelerazione della globalizzazione, da un senso "aleatorio" dell'esistenza, permeato da costante precarietà, da un aggravamento delle problematiche legate al ciclo di vita, a patologie, a disabilità e all'appartenenza a gruppi etnici ghettizzati e marginalizzati (Ziliani & Rovai, 2020). I bisogni che presentano le persone, dunque, secondo Ziliani e Rovai (2020, p.233), "sono complessi poiché compongono un mosaico indefinibile di

aspettative insoddisfatte, di esigenze nuove, di ricerca di relazionalità tra condizioni di benessere fisico e psichico, tra individui e gruppi, tra ambienti di vita e società più ampia”. All’interno di un simile contesto, quindi, non si può pensare di affrontare tale complessità attraverso il pensiero autarchico, il ripiegamento su se stessi e la pretesa di essere totalmente autonomi (Mariani, 2006). Appare necessaria, dunque, una metodologia di lavoro in grado di fronteggiare la complessità, cogliendo le diverse dimensioni in gioco e ricomponendo tale frammentazione in una visione totalizzante della persona.

La risposta dei servizi a tale esigenza è stata quella di affidarsi all’interprofessionalità, formando équipe di lavoro multiprofessionali.

Lavorare secondo tale metodologia significa operare in “un gruppo di compito in cui intenzionalmente sono aggregati soggetti che hanno diverse competenze e diverse funzioni che si debbono a vicenda integrare” (Bolcan Parisi, Gervasio Carbonaro, Viciani Bennici, 1988, cit. in Ziliani & Rovai, 2020 p.148). Si tratta, quindi, di una modalità operativa eterocentrata, caratterizzata da un insieme strutturato di operazioni (il compito) che permette di giungere a un determinato risultato.

Integrare significa mettere insieme, generare connessioni e giungere a unità, in un contesto dove l’interdisciplinarietà non è intesa come la somma delle conoscenze, bensì come “un nuovo apprendimento tra soggetti e dimensioni diverse per raffigurare un disegno che abbia senso, che valorizzi l’incontro delle conoscenze e delle esperienze per aumentare il sapere, saper essere, saper fare di tutti nell’interesse esclusivo di migliorare la possibilità di intervenire sul disagio e nel rispetto dell’individualità di ciascuno” (Ziliani & Rovai, 2020, p.149).

Nell’immaginario collettivo il lavoro d’équipe è collocato in un tempo, in un luogo e in un setting ben precisi, ben definiti: l’immagine è quella di un gruppo di professionisti disposto in cerchio, attorno ad un tavolo, ad una precisa ora, in un determinato giorno della settimana. Tuttavia, intendere il lavoro d’équipe esclusivamente come una riunione calendarizzata può essere estremamente limitante. Esso va pensato, piuttosto, come un atteggiamento, un approccio, una forma mentis che caratterizza il lavoro quotidiano e che può assumere forme eterogenee ed informali. Lavorare in équipe, infatti, significa anche bussare alla porta di un collega per ricevere e fornire rapidi aggiornamenti su di una persona, dialogare informalmente davanti alla guardiola infermieristica, scambiarsi informazioni attraverso le cartelle e la documentazione, o, persino, chiacchierare informalmente di fronte alla macchinetta del caffè (Reeves e Lewin, 2004).

Per concludere, è possibile affermare che quello che in letteratura viene definito “lavoro di squadra interprofessionale” è composto dall’insieme delle modalità operative sopra riportate, unito ai momenti di riunione maggiormente strutturati, quali possono essere, ad esempio, le UVMD, o le riunioni di coordinamento.

### *1.2.2 Utilità del lavoro di gruppo: una dibattuta analisi costi-benefici*

Il lavoro d’équipe non rappresenta una modalità operativa efficace unicamente per il fatto che permette di affrontare la complessità e le mutevoli dinamiche del mondo moderno, ma anche poiché offre una diversificata gamma di vantaggi in relazione a differenti aspetti.

Lavorare in gruppo soddisfa alcuni bisogni umani fondamentali quali la sicurezza, gli interessi sociali e l’autostima, contribuendo, di conseguenza, ad incrementare i livelli di motivazione dei professionisti (Ashleigh & Mansi, 2014).

Uno studio elaborato su più di centottanta cinque casi di pratiche manageriali ha dimostrato che il lavoro di squadra migliora l’efficienza e la qualità della prestazione dell’azienda, aumenta le probabilità di sperimentare soddisfazione lavorativa e senso di autonomia e di sviluppare abilità legate a tali pratiche (Applebaum e Batt, 1994, cit. in Ashleigh & Mansi, 2014). Non a caso, secondo Kreiner et al. (2002, p. 156, cit. in Ashleigh & Mansi, 2014) anche “le grandi multinazionali hanno fondato la loro capacità di essere competitive nel futuro scommettendo sui team e sul lavoro di gruppo”.

Operare attraverso gruppi di lavoro, inoltre, favorisce: la crescita del vantaggio competitivo per l’organizzazione, una maggiore competitività, maggiori qualità e incentivi all’innovazione, un migliore sfruttamento delle opportunità offerte dai progressi tecnologici, maggiore motivazione, impegno e soddisfazione lavorativa del professionista, un’esecuzione più efficace del compito grazie all’unione delle conoscenze e competenze dei vari membri del team, la crescita di fiducia e rispetto tra i componenti del gruppo mediante la sinergia su obiettivi comuni e la crescita di appartenenza e lealtà verso l’organizzazione (Ashleigh & Mansi, 2014).

Come dimostrato da Triplett (1898, cit. in Ashleigh & Mansi, 2014), un’altra caratteristica rilevante del lavoro in team è rappresentata dalla facilitazione sociale, ovvero dal fatto che esso può contribuire al miglioramento della prestazione offerta. Tale beneficio, secondo Ashleigh e Mansi (2014) è dovuto alla mera presenza di altre persone, la quale induce l’attivazione di modelli comportamentali abituali nella direzione

dell'obiettivo condiviso (Zajonc, 1965; 1980), rende il singolo consapevole del divario fra desideri e prestazione (Carver & Scheier, 1981) e lo spinge ad offrire la migliore impressione possibile di sé e a evitare disagi (Bond, 1982).

Tuttavia, all'interno della letteratura, non tutti gli autori concordano sul fatto che la facilitazione sociale rappresenti un elemento positivo per l'organizzazione. A tal proposito, gli studi di Cottrell (1972, cit. in Haslam, 2004/2015) evidenziano come la facilitazione sociale generi, spesso, una prestazione peggiore e nasca dal timore della valutazione da parte di una persona significativa, la quale può condurre ad approvazione o a disapprovazione. Tale contributo rafforza, quindi, quello di Jones e Gerard (1976, cit. in Haslam, 2004/2015), secondo i quali, affinché si concretizzi la facilitazione, è fondamentale la presenza psicologica, non quella fisica.

Accanto agli studi sulla facilitazione sociale si sono sviluppati quelli sull'inerzia sociale, i quali hanno evidenziato, dalla loro prospettiva, che il lavoro di gruppo diminuisce l'impegno degli individui, peggiorandone le prestazioni. Tale effetto negativo può essere la conseguenza della sensazione provata dai membri del gruppo che il loro contributo non sia identificabile personalmente (Steiner, 1972, Thelen, 1949, cit. in Haslam, 2004/2015), o può essere dovuto ad una impressione di dispensabilità, ovvero all'idea secondo la quale un singolo, avvertendosi come non necessario, si sente autorizzato ad impegnarsi in maniera minore, poiché sarà il lavoro degli altri a compensare la propria carenza (Kerr & Bruun, 1983, Stroebe & Diehl, 1994, cit. in Haslam, 2004/2015).

Nel tentativo di rendere coerente l'ipotesi della facilitazione con quella dell'inerzia sociale, sono nate le teorie integrate, le quali hanno prodotto due concetti fondamentali: il potenziale di valutazione e l'influenza sociale e delle norme di gruppo. Il primo fa riferimento al fatto che la facilitazione sociale si attiva innalzando la motivazione individuale a fornire una buona performance, qualora vengano valutati la prestazione di un gruppo e, in particolar modo, l'apporto individuale del singolo componente (Harkins & Jackson, 1985, Harkins & Szymanski, 1989, cit. in Haslam, 2004/2015). Il secondo concetto spiega, invece, come a condurre verso la facilitazione o verso l'inerzia sia la struttura normativa dell'ambiente di lavoro, la quale influenza la produttività del gruppo, determinando tanto gli standard locali interni all'ingroup, quanto quelli macro legati alla cultura organizzativa (Jackson & Harkins, 1985, Paulus & Dzindolet, 1993, cit. in Haslam, 2004/2015).

Infine, un ultimo e fondamentale filone di studi nel dibattito sul lavoro di gruppo e sulla produttività è quello che ritiene che quest'ultima sia determinata dall'identità sociale.



Secondo tale approccio i livelli di prestazione e produttività sono legati alla congruenza tra la definizione del sé e le caratteristiche del contesto in cui si svolge il compito: coloro i quali si definiscono nei termini dell'identità personale sono maggiormente motivati a svolgere attività che premiano l'apporto individuale, mentre coloro i quali si definiscono nei termini dell'identità sociale sono maggiormente inclini a svolgere compiti collaborativi dove viene valutata la prestazione collettiva del gruppo. La produttività di un gruppo dipenderebbe, dunque, dal fatto che l'individuo percepisca il compito come importante o meno per se stesso. Qualora il contesto attivi gli aspetti dell'identità personale quali, ad esempio, la valutazione dell'apporto personale e la competizione fra membri del gruppo, ma il compito richiesto sia di gruppo, allora emergerà inerzia sociale. Qualora, invece, le istanze contestuali promuovano la definizione del sé mediante elementi dell'identità sociale come la competizione tra gruppi e un'appartenenza all'ingroup altamente accessibile, si otterrà un effetto di compensazione sociale che condurrà, a sua volta, alla facilitazione sociale (James & Greenberg, 1989, Worchel et al., 1998, Wallace, 1998, Karau & Williams, 1993, Mullen et al., 1991, cit. in Haslam, 2004/2015).

Secondo tale approccio, inoltre, dal momento che la produttività di gruppo si fonda su una teoria socialmente condivisa del sé collettivo, anche i criteri di selezione degli standard di valutazione della prestazione sono determinati dal gruppo più che dall'organizzazione: si verificherà un alto livello di prestazione solamente nel caso in cui il gruppo si riconosca pienamente nelle finalità della valutazione e nei parametri scelti per attuarla; in caso contrario, i suoi membri stabiliranno i propri obiettivi, parametri e finalità, generando cambiamento sociale (Reicher, 1987, Tajfel & Turner, 1979 cit. in Haslam, 2004/2015).

Dopo aver presentato i punti di forza del lavoro di gruppo e le teorie che cercano di comprenderne la produttività, è necessario evidenziare anche le criticità che esprime tale modalità operativa.

Una delle problematiche che possono sorgere quando si lavora in gruppo è legata ad un comportamento eccessivo di ricerca del consenso che prende il nome di groupthink. Esso si verifica quando i membri di un piccolo e coeso gruppo tendono a mantenere lo spirito maturando una serie di illusioni condivise e di norme relative che limitano il pensiero critico e la verifica del reale. Quando si verifica tale fenomeno, i membri di un gruppo tendono a ricercare l'unanimità più che ad essere motivati a indagare percorsi alternativi maggiormente legati alla realtà (Janis, 1982).

Secondo il modello proposto da Janis (1971, cit. in Haslam, 2004/2015), il groupthink può presentarsi quando vi è la presenza dei seguenti antecedenti: un'alta coesione, fattori strutturali come l'isolamento del gruppo, una leadership di parte, un'omogeneità ideologica, e fattori contestuali, quali la pressione esterna, lo stress e bassi autostima e ottimismo. Nel momento in cui siano presenti tali caratteristiche, il gruppo tenderà a sovrastimare il proprio valore illudendosi di essere invulnerabile e credendo nella propria moralità, a sviluppare una mentalità chiusa mediante una razionalizzazione collettiva e attraverso concezioni stereotipiche dell'outgroup, e ad esercitare pressioni in direzione dell'uniformità, attivando comportamenti di autocensura, di illusione di unanimità, di condizionamento dei devianti e di filtraggio delle informazioni. Quando si manifestano tali sintomi, può accadere che si venga a creare una situazione caratterizzata da una limitata considerazione delle opzioni e degli obiettivi, da una scarsa valutazione dei costi e dei benefici e da un utilizzo limitato di conoscenza esperta. A tali conseguenze vanno aggiunte, poi, un'attenzione eccessiva a fatti ed informazioni che supportano la tesi del gruppo, una scarsa rivalutazione dell'ingroup e la mancanza di piani di emergenza (Janis, 1971, cit. in Haslam, 2004/2015).

È doveroso sottolineare, tuttavia, come il groupthink non rappresenti in assoluto un fenomeno negativo per l'organizzazione, ma che esso, al contrario e in misura più moderata, possa condurre anche a risultati positivi. Lo stesso Janis (1982, cit. in Haslam, 2004/2015) ammetteva tale possibilità, specificandone, tuttavia, la rarità e il fatto che fossero bilanciati dalla scarsa qualità del processo decisionale del gruppo.

Un'altra delle criticità che può presentare il lavoro di gruppo è relativa allo spostamento verso il rischio e alla polarizzazione. Il termine *risky shift* indica il fenomeno per il quale i membri di un gruppo tendono a selezionare le alternative più rischiose, prendendo poi, anche, decisioni maggiormente rischiose (Stoner, 1961, cit. in Haslam, 2004/2015). La polarizzazione di gruppo sottolinea, invece, che chi lavora in gruppo tende ad estremizzare le idee di partenza, in qualsiasi direzione stesse già muovendo (Moscovici & Zavalloni, cit. in Haslam, 2004/2015). Tra le ipotesi avanzate in letteratura per spiegare la polarizzazione, la teoria degli argomenti persuasivi sostiene che questa sia generata dalla condivisione di informazioni che espone i singoli ad argomenti nuovi e persuasivi (Burnstein & Vinokur, 1973,1975,1977, cit. in Haslam, 2004/2015). Tale teoria, tuttavia, sembra faticare a reggere di fronte alle evidenze empiriche che hanno dimostrato come la polarizzazione possa manifestarsi anche in assenza di qualsiasi scambio di argomenti, poiché è sufficiente che gli individui siano consapevoli delle idee degli altri, senza alcuna

spiegazione delle motivazioni di tali opinioni (Cotton & Baron, 1980, cit. in Haslam, 2004/2015). Un'altra ipotesi elaborata al fine di spiegare la polarizzazione fa riferimento, invece, al confronto sociale, ipotizzando che essa sia la conseguenza del sentimento di competizione provato dai componenti di un gruppo per la possibilità di manifestare convinzioni e valori. Secondo tale interpretazione, prima del confronto in gruppo, i membri sono convinti di essere gli unici ad avere posizioni forti su un determinato tema (ignoranza pluralistica), mentre, quando scoprono le argomentazioni degli altri, abbandonano questa idea e le loro posizioni si estremizzano (Levinger & Schneider, 1969, cit. in Haslam, 2004/2015).

Infine, oltre alla problematica legata al fatto che il lavoro in équipe richiede un allungamento delle tempistiche dovuto a riunioni, coordinamenti, feedback, ecc., un'ultima criticità è riscontrabile nella possibile conflittualità che può nascere all'interno di un gruppo. Tali contrasti possono generarsi da diversità di carattere tra i membri, da modalità differenti di comunicazione, da approcci di lavoro diversi, o dallo svilupparsi di una competizione malsana. Oltre a ciò, la conflittualità può originarsi da una mancata corrispondenza fra gli obiettivi del singolo e quelli del team, o da difficoltà legate alla leadership. Qualora l'obiettivo non sia chiaro e non sia condiviso da tutti i membri, infatti, il gruppo tende a faticare a lavorare in modo coeso, e i suoi componenti tendono a seguire scopi personalmente rilevanti che possono giungere ad interferire ed ostacolarsi fra di loro, o a sostituire con obiettivi fittizi la finalità del team, aumentando, inevitabilmente, la tensione emotiva interna. Le criticità legate alla leadership possono nascere, invece, quando si gestisce il potere sul gruppo per soddisfare i propri bisogni personali, anche inconsci, o quando le modalità adottate dal leader mal si conciliano con le caratteristiche del team (Testoni & Mosso, 2015).

In sintesi, l'obiettivo di questo paragrafo era presentare i vantaggi e le criticità che caratterizzano il lavoro in gruppo, cercando di comprendere se tale modalità operativa comporti, o meno, una produttività maggiore. L'analisi della letteratura ha evidenziato sia aspetti positivi come la soddisfazione di alcuni bisogni umani fondamentali, l'aumento della competitività, i risultati della ricerca di Applebaum e Batt (1994), ecc., sia elementi di criticità come il groupthink, l'inerzia sociale, la conflittualità, ecc. Tuttavia, gli autori che si sono occupati della produttività dei gruppi, a partire dai primi studi di Taylor (1911) e Mayo (1949), hanno elaborato teorie diverse e sono giunti a risultati differenti e, tra di loro, contraddittori. È possibile affermare, dunque, che in letteratura non esiste una

conclusione solida e condivisa in grado di dimostrare che il lavoro in gruppo comporta una migliore performance e maggiori efficacia ed efficienza.

Tale conclusione ha una valenza legata al concetto generale di gruppo: con essa, dunque, non si vuole negare che in determinati contesti e situazioni il lavoro d'équipe rappresenti la migliore modalità operativa possibile (si pensi ad esempio a servizi socio-sanitari), ma si vuole sottolineare, unicamente, la mancanza di evidenze che sostengano la presunta, e ben radicata nel pensiero comune, credenza secondo la quale il lavoro in gruppo comporterebbe, quasi per sua natura, una maggiore produttività.

### *1.2.3 Leadership e gestione della conflittualità*

Nell'ambito dei servizi alla persona, qualsiasi équipe dispone di un leader. Quest'ultimo può essere il responsabile di un servizio, può essere eletto, o, semplicemente, può essere riconosciuto dagli altri colleghi come tale. La figura del leader è imprescindibile dal momento che guida gli altri membri del gruppo definendo le linee da seguire, coordina le attività all'interno dell'équipe assegnando compiti e ruoli, funge da motivatore ed ispiratore ed interviene nei momenti in cui si genera conflittualità.

La leadership è considerata “il tema più importante nel campo del comportamento organizzativo” (Lord & Maher, 1991, p. 129, cit. in Haslam, 2004/2015). Per tale ragione la psicologia del lavoro e quella sociale hanno prodotto un'ampia e profonda letteratura sulla leadership, sviluppando un vasto corpo di approcci e modelli. Riassumerli tutti in questo paragrafo rischierebbe di semplificare e banalizzare l'argomento, producendo una carrellata di teorie che non renderebbe giustizia alla complessità della tematica. Appare maggiormente interessante, invece, cercare di comprendere, in sintesi, che cosa sia la leadership e quali riflessi essa possa avere sull'équipe.

In generale, la leadership è il processo attraverso il quale si influenzano gli altri, in un modo che potenzia il loro contributo alla realizzazione degli obiettivi del gruppo (Hollander, 1985, Smith, 1995, cit. in Haslam, 2004/2015). Tale influenza è esercitata sul piano dei pensieri, dei sentimenti e delle azioni (Zamperini & Testoni, 2002).

È importante evidenziare come il concetto di leadership sia diverso da quello di potere: i leader dispongono di un potere positivo capace di influenzare gli altri, ma le qualità e i comportamenti che li qualificano come tali sono, solitamente, distribuiti tra i membri del gruppo. La leadership si distingue, anche, dal potere coercitivo: essa implica certamente una potenza, ma coloro che ottengono obbedienza mediante l'autoritarismo non sono

leader, se non nella situazione in cui gli altri considerino la loro forza come un mezzo legittimo per generare benefici al gruppo (Zamperini & Testoni, 2002).

Il rapporto tra leadership e potere può esprimersi, infine, attraverso due diverse dimensioni: qualora un leader eserciti la propria influenza in qualità di capo, quindi grazie al proprio ruolo, sarà legato, allora, al potere di posizione, mentre, qualora tale condizionamento sia reciproco tra membri che partecipano ad un processo comune, si parlerà allora di potere personale (Ashleigh & Mansi, 2014).

Al fine di dimostrare l'importanza che la leadership riveste per un'organizzazione è possibile citare la review di articoli sul tema redatta da Hogan e Kaiser (2005). Tra gli studi citati da tale contributo, quello di Joyce, Nohria, e Roberson (2003) ha evidenziato come i capi pesino per circa il 14% sulla varianza della performance di un'azienda. Per comprendere tale dato è sufficiente riportare che tutta la dimensione industriale incide su tale percentuale per circa il 19%. Un'altra ricerca citata nella review che dimostra l'impatto che può avere la leadership è quella di Harter, Schmidt, e Hayes (2002), la quale ha coinvolto 198.514 dipendenti di 7.939 organizzazioni, i quali hanno dichiarato che il primo fattore che determina la loro soddisfazione sia legato alle modalità con cui vengono trattati dai loro superiori. Analizzando questi ed altri articoli, dunque, gli autori sono giunti ad affermare che la personalità predice lo stile di leadership, il quale predice gli atteggiamenti dei dipendenti e il funzionamento del team, i quali, a loro volta, determinano la performance organizzativa (Hogan & Kaiser, 2005).

All'interno di una ricerca che, tra le altre questioni, intende indagare quali siano gli aspetti fondamentali per garantire un buon funzionamento di un'équipe, una volta compresa l'importanza che riveste un leader, il primo quesito che sorge spontaneo riguarda quali siano le caratteristiche di un buon leader. Quest'ultimo, citando la letteratura di stampo maggiormente sociale, secondo Pullen-Sansfaçon e Ward (2014), dovrebbe essere capace di incoraggiare gli altri professionisti dal punto di vista strategico, dinamico e relazionale. In questa direzione si muove anche lo studio effettuato da Robijn et al. (2020), il quale ha dimostrato l'esistenza di una relazione indiretta tra leadership e coinvolgimento lavorativo, dove quest'ultimo corrisponde al benessere sul luogo di lavoro legato sia al singolo, sia al gruppo, sia alla performance lavorativa. Infatti, nei casi in cui è stata riscontrata una valutazione positiva della leadership, si è osservato un aumento della capacità di soddisfazione dei bisogni di base, il quale, a sua volta, implica un incremento del coinvolgimento lavorativo. Pertanto, una buona leadership è associata al benessere della squadra e dei suoi membri. All'interno di tale ricerca, inoltre, anche la presenza di

regole condivise sulla gestione dei conflitti viene evidenziata come altra con-causa della soddisfazione dei bisogni di base, essendo, a sua volta, positivamente correlata al coinvolgimento lavorativo. Quindi, ad essere indirettamente legate al benessere dei gruppi, mediante la soddisfazione dei bisogni di base, sono tanto la leadership quanto una cultura che non fugge dalla conflittualità, ma che si sforza, al contrario, di mediarla. Secondo tale articolo, pertanto, un buon leader investe nella soddisfazione dei bisogni primari dei professionisti dell'equipe e si impegna a promuovere regole condivise in merito alla gestione dei conflitti (Robijn et al., 2020).

Un conflitto è un processo fra due o più parti, dove una ritiene che i propri obiettivi o interessi siano ostacolati o influenzati negativamente dall'altra. Esso può generarsi a causa di caratteristiche personali come la personalità, i valori, gli obiettivi, ecc., o per effetto di aspetti interpersonali come la sensazione di iniquità, la comunicazione, il comportamento, la struttura del gruppo e gli incontri precedenti tra le parti (Wall & Callister 1995).

Una volta che il conflitto si è generato, il leader può intervenire per cercare di gestirlo attraverso azioni che gli permettano di acquisire informazioni, comprenderne le cause, stabilire una relazione fra i contendenti, promuovere un atteggiamento cooperativo orientato alla risoluzione dei problemi e favorire processi creativi di gruppo (Deutsch, 1990, cit. in Wall & Callister, 1995). Assumendo tale prospettiva, il leader può affrontare la conflittualità assumendo tre differenti ruoli: mediatore, arbitro, o promotore di conciliazione e consultazione.

Il primo ruolo fa riferimento a più di cento tecniche che possono essere di tipo maggiormente coercitivo, come la pressione sostanziale che serve ad allontanare un soggetto da una posizione, o caratterizzate da maggiore delicatezza, come può essere il suggerimento sostanziale, utilizzato per convincere un individuo ad abbracciare un nuovo punto di vista. Anche se la mediazione ha un tasso medio di accordo del 60% (le diverse ricerche oscillano tra il 20% e l'80%), le potenzialità di questa misura vanno oltre tali dati, poiché essa agisce sulle cause del conflitto, fungendo, dunque, tanto da misura di risoluzione, quanto di prevenzione (Bercovitch, 1989, Kressel, 1985, Kressel & Pruitt, 1985, Wagner, 1990, Schwebel, 1985, cit. in Wall & Callister 1995). La mediazione, inoltre, migliora la comunicazione tra i contendenti (Kelly & Gigy, 1989, Shaw, 1985, 1986, cit. in Wall & Callister, 1995), riduce lo stress (Zarski, Knight, Zarski, 1985, cit. in Wall & Callister, 1995) e può fornire alle parti strumenti per affrontare futuri conflitti (Wall & Callister 1995).

Un leader quando ricopre, invece, il ruolo di arbitro, utilizza le stesse tecniche della mediazione, ma ha il potere di imporre la propria idea sulla conclusione del conflitto. Esistono quattro differenti modi di essere arbitro: nella modalità convenzionale, disponendo, quindi, della libertà di servirsi di qualsiasi tecnica e di prendere in prima persona la decisione finale, il “mediarbitro” il quale arbitra solo dopo aver intrapreso un percorso di mediazione, scegliendo solo l’offerta finale e adattandosi, quindi, all’ultima proposta di una delle parti; si può essere arbitri, infine, in modo non vincolante, ovvero disponendo soltanto del potere di suggerire un esito alle parti, le quali avranno il diritto di non accettarlo (Wall & Callister 1995). Per quanto riguarda l’efficacia dell’arbitraggio, quello convenzionale può talvolta generare un "chilling effect" sul processo di negoziazione, dal momento che le parti possono cercare di ottenere condizioni migliori dall'arbitro rispetto a quanto otterrebbero con un accordo negoziato (DeNisi & Dworkin, 1981, cit. in Wall & Callister, 1995). Tale effetto può essere mitigato servendosi del metodo dell’offerta finale, poiché essa spinge i contendenti a proporre, almeno alla fine, soluzioni ragionevoli, le quali possano essere ritenute accettabili da chi è tenuto a giudicare. Infine, la tecnica del “mediarbitro” risulta maggiormente efficace rispetto all’arbitraggio convenzionale e alla mediazione (Pruitt, McGillicuddy, Welton, Fry, 1989 cit. in Wall & Callister, 1995), mentre quella non vincolante è difficilmente distinguibile dalla mediazione e, quindi, anche la sua efficacia è difficile da identificare (Wall & Callister, 1995).

Al fine di risolvere un conflitto, è possibile utilizzare, inoltre, gli strumenti della conciliazione e della consultazione, le quali sono caratterizzate da maggiori informalità e volontarietà da parte dei contendenti, da un minor potere della figura terza e dal fatto che per entrambe l’obiettivo non sia quello di risolvere il conflitto, bensì di migliorare le relazioni (Wall & Callister, 1995). Le differenze fra le due risiedono nel fatto che nella consultazione il terzo non può proporre soluzioni al problema poiché queste devono essere prodotte dalle parti in causa (Fisher, 1990, cit., in Wall & Callister, 1995), mentre nella conciliazione a ciò si aggiunge il fatto che al conciliatore non è consentito neanche cercare informazioni o formulare un giudizio prima della conclusione del percorso riconciliatore (James, 1987, cit., in Wall & Callister, 1995). In letteratura vi sono evidenze dell’efficacia di tali tecniche (Fisher, 1990, Tripp, 1985, cit. in Wall & Callister, 1995), tuttavia, data la loro natura non assertiva, risultano meno efficaci rispetto alla mediazione (Wall & Callister, 1995).

Qualora le tecniche presentate non si rivelino sufficienti a ricomporre un conflitto, i leader possono ricorrere a provvedimenti quali il trasferimento di uno dei contendenti, la ricollocazione delle risorse, o la riformulazione di gruppi di lavoro (Wall & Callister, 1995).

Alla luce della letteratura presentata, appare chiaro che cosa sia la leadership, quale impatto un leader possa avere sull'équipe, quali siano alcune delle caratteristiche fondamentali per tale figura e quali siano, infine, le metodologie che possono essere utilizzate nella ricomposizione di un conflitto, il quale rappresenta un evento non poi così raro durante il lavoro di gruppo. Tra gli aspetti che sono emersi come fondamentali per un leader, spiccano quelli legati alla relazione e alla soddisfazione dei bisogni umani fondamentali. L'elemento umano, infatti, gioca un ruolo determinante all'interno di un'équipe: per tale ragione il prossimo paragrafo sarà dedicato allo studio delle emozioni e di come queste si inseriscano all'interno di un gruppo.

#### *1.2.4 Le emozioni all'interno di un gruppo di lavoro*

Il professionista dell'aiuto si ritrova quotidianamente a dover fare i conti con le emozioni, le quali hanno un notevole impatto non solo nella relazione con le persone che accedono al servizio, ma anche nel rapporto con i propri colleghi. Lavorare in équipe significa, infatti, trascorrere molto tempo con lo stesso gruppo di persone, condividendo spazi, riflessioni ed eventi positivi e negativi. In un simile contesto, l'elevato numero di ore trascorse insieme, la complessità delle situazioni da dover affrontare e le caratteristiche personologiche di ogni operatore possono rappresentare il serbatoio ideale per generare un ampio insieme di emozioni. Al fine di garantire un buon funzionamento dell'équipe, dunque, appare necessario che i suoi membri dispongano di una buona intelligenza emotiva, ossia dell'abilità di monitorare i propri ed altrui sentimenti ed emozioni e di discriminare fra essi, servendosi dell'informazione elaborata per orientare i propri pensieri e le proprie azioni (Salovey & Mayer, 1990).

Nell'immaginario comune, spesso, si tende a confondere i diversi costrutti affettivi, sovrapponendo i significati di emozione, affetto e umore. Prima di presentare l'impatto delle emozioni, è necessario, dunque, chiarire tali concetti.

L'affetto rappresenta una categoria ampia e sovra-ordinata, che racchiude l'umore, le emozioni e i concetti di natura disposizionale quali l'affettività positiva e negativa. L'emozione, è invece, uno stato affettivo variabile per intensità e durata, condizionato da un determinato oggetto, evento o persona. Anche l'umore rientra tra gli stati affettivi,



anch'esso varia a seconda della durata e dell'intensità, ma si differenzia dalle emozioni poiché non è vincolato ad un oggetto, ad un evento, o ad una persona ed emerge come condizione emotiva di fondo (Ashkanasy & Dorris, 2017).

Le emozioni possono essere considerate come meccanismi comunicativi e di sopravvivenza basati su adattamenti evolutivi (Plutchik, 1980) che informano l'individuo in merito alla natura e alla rilevanza degli eventi che gli si pongono d'innanzi (Clore, 1992), migliorando, in genere, l'efficacia della risposta comportamentale e favorendo, quindi, l'adattamento dell'individuo all'ambiente.

Secondo Frijda (1993) le emozioni sono un costrutto multidimensionale dovuto alla valutazione soggettiva dello stato affettivo e della sua valenza, all'oggetto, alla persona o all'evento elicитanti, ai cambiamenti fisiologici, alla propria espressione e alla tendenza all'azione.

Servendosi del modello di Ashkanasy (2003, cit. in Ashkanasy & Dorris, 2017), è possibile suddividere le emozioni che si sviluppano nelle organizzazioni in cinque diverse categorie: emozioni nella persona, tra persone, nelle relazioni interpersonali, legate al leader, o alla cultura organizzativa.

All'interno del primo livello, più che ribadire l'importanza che le emozioni positive possono assumere per l'individuo, è interessante analizzare l'effetto, spesso sottovalutato, che possono avere quelle negative. Tra le ricerche più riuscite, in questo senso, è possibile citare quelle che hanno evidenziato come la creatività possa nascere sia da una maggiore flessibilità cognitiva dovuta ad un affetto positivo, sia da una maggiore perseveranza originata da un affetto negativo (Baas et al. 2008, To et al. 2012, cit. in Ashkanasy & Dorris, 2017): l'affetto negativo, infatti, può spingere i membri di un gruppo a non accontentarsi e inseguire un risultato migliore (Jones & Kelly, 2009, cit. in Ashkanasy & Dorris, 2017), motivo per il quale una compresenza di affetto positivo e negativo può stimolare la creatività, generando il pensiero divergente e un'elaborazione valutativa e persistente (Bledow et al. 2011, cit. in Ashkanasy & Dorris, 2017).

Disporre di uno stato d'animo negativo può non rappresentare, necessariamente, uno svantaggio, poiché è dimostrato come sia più probabile prendere decisioni rischiose quando ci si trova in uno stato d'animo positivo (Mittal & Ross, 1998, cit. in Ashkanasy & Dorris, 2017), dal momento che si tende ad essere maggiormente ottimisti e, quindi, più predisposti ad assumere rischi (Ashton-James & Ashkanasy, 2005, cit. in Ashkanasy & Dorris, 2017). È fondamentale sottolineare, tuttavia, come negli attuali e dinamici ambienti organizzativi, caratterizzati da un elevato tasso di mutazione dei mercati e delle

norme, l'assunzione di rischi non rappresenti per forza un fattore negativo, ma possa rivelarsi, al contrario, una risorsa (Amabile et al., cit. in Ashkanasy & Dorris, 2017).

Il secondo livello del paradigma prende in considerazione, invece, le emozioni tra i singoli soggetti, soffermandosi, in particolare, sulle differenze individuali: l'argomento cardine di tale dimensione è rappresentato dalla già citata intelligenza emotiva. Sebbene all'interno della comunità scientifica non vi sia un pieno accordo sulla questione, è possibile affermare che le evidenze prodotte fino ad ora indicano che l'intelligenza emotiva sia un elemento importante e positivamente associato alle prestazioni lavorative. Tale considerazione deriva dalle ricerche che ne hanno rilevato l'impatto sulla costituzione di un clima organizzativo positivo (Ashkanasy & Ashton-Jack 2005, cit. in Ashkanasy & Dorris, 2017), e quelle che hanno dimostrato, invece, una relazione positiva tra intelligenza emotiva, soddisfazione lavorativa e fiducia (Renzvani et al. 2016, cit. in Ashkanasy & Dorris, 2017).

Il modello di Ashkanasy prevede, poi, di considerare le emozioni percepite e comunicate tra i membri di un'organizzazione. A tal proposito, è fondamentale sottolineare come le emozioni assumano un ruolo determinante per lo sviluppo di importanti costrutti sociali come la coesione e l'identità del gruppo, la negoziazione di ruoli di potere, il coordinamento degli sforzi e la formazione di legami interpersonali (McDougall, 1923, cit. in Ashkanasy & Dorris, 2017).

La maggior parte delle ricerche che analizzano tale dimensione si concentra sullo studio del lavoro emotivo, ovvero su quel fenomeno per il quale i lavoratori sono chiamati a mostrare emozioni appropriate al ruolo e alla tipologia di servizio che offrono: può essere richiesto loro, indifferentemente, di manifestare emozioni positive o negative. (Hochschild, 1983, cit. in Ashkanasy & Dorris, 2017). Tali ricerche hanno evidenziato come il lavoro emotivo possa avere risvolti negativi sulla salute, soprattutto qualora vi sia dissonanza tra le emozioni dimostrate e quelle percepite (Van Dijk & Kirk-Brown 2006, cit. in Ashkanasy & Dorris, 2017). Tale "forzatura" richiesta ai lavoratori può, infatti, ridurre la loro capacità di controllare il proprio comportamento, qualora essi dispongano di poca capacità di autoregolazione (Ashkanasy & Daus 2005, cit. in in Ashkanasy & Dorris).

Più di recente, alcuni autori che si sono occupati del tema hanno iniziato a parlare di regolazione emotiva, definita da Gross (1998, p. 275, cit. in Ashkanasy & Dorris, 2017) come "il processo mediante il quale gli individui influenzano quali emozioni provano, quando le provano e come esprimono ed esprimono queste emozioni". Tale processo

appare maggiormente sfumato rispetto al lavoro emotivo e, oltre ad una regolazione delle emozioni inconsapevole, senza sforzo ed automatica, ne richiede una cosciente, sforzata e controllata (Gross & Thompson 2007, cit. in Ashkanasy & Dorris, 2017). In uno dei suoi ultimi contributi, infine, Gross (2014, cit. in in Ashkanasy & Dorris, 2017) ha dimostrato che il lavoro emotivo può essere considerato come una particolare forma di regolazione emotiva.

Il quarto livello del paradigma di Ashkanasy fa riferimento alle emozioni in relazione alla leadership. Un concetto importante di questo filone di studi è incentrato sul fatto che le emozioni da un lato sono influenzate dal contesto sociale, e dall'altro lo condizionano a loro volta (Dreu et al., cit. in Ashkanasy & Dorris, 2017).

Sebbene non tutte le ricerche vadano in questa direzione (Antonakis et al. 2009, cit. in Ashkanasy & Dorris, 2017), le evidenze empiriche sembrano dimostrare che l'efficacia della leadership sia legata ad una buona intelligenza emotiva: i leader emotivamente intelligenti, infatti, generano entusiasmo all'interno del team (George, 2000, cit. in Ashkanasy & Dorris, 2017) e tendono ad ottenere squadre maggiormente legate, armonia e coesione (Pescolido, 2002, cit. in Ashkanasy & Dorris, 2017).

La tecnica migliore per diffondere un determinato stato emotivo è rappresentata dal contagio emotivo, dovuto all'imitazione delle espressioni, del linguaggio del corpo e del tono di voce degli altri membri del gruppo. Tale fenomeno può essere sfruttato a proprio vantaggio dal leader (Barsade, 2002, Sy et al., 2005, cit. in Ashkanasy & Dorris, 2017), ma può anche sfuggire di mano e ottenere effetti negativi, generando una spirale emotiva negativa (Hareli & Rafaeli, 2008, cit. in Ashkanasy & Dorris, 2017).

I leader possono, inoltre, migliorare le prestazioni aiutando i propri colleghi a gestire stati d'animo negativi (Pirola-Merlo et al., 2002, cit. in Ashkanasy & Dorris, 2017) e a sviluppare emozioni positive, creando entusiasmo e facilitando la realizzazione degli obiettivi (Harvey et al., 2007, cit. in Ashkanasy & Dorris, 2017). Tale influenza dei leader può essere utilizzata, tuttavia, anche per manipolare gli altri (Antonakis et al. 2009, cit. in Ashkanasy & Dorris, 2017).

L'ultimo livello, infine, comprende le emozioni che si manifestano nella dimensione organizzativa. Queste sono influenzate dalle emozioni che si generano negli altri livelli, le quali, a cascata, confluiscono nel clima organizzativo più generale. Tuttavia, anche il contesto affettivo può modificare le emozioni a livello individuale. All'interno di tale quadro, il contesto affettivo è definito dalle regole del gruppo, dalla cultura e dal clima

organizzativi, dal clima affettivo, dalle norme e dalla storia emotiva (Ashkanasy & Dorris, 2017).

Il clima emotivo è definito da De Rivera (1992, p. 197, cit. in Ashkanasy & Dorris, 2017) come “un fenomeno oggettivo di gruppo che può essere palpabilmente percepito – come quando si entra in una festa o in una città e si avverte un atteggiamento di allegria o depressione, apertura o paura”. Tale particolare forma di clima organizzativo racchiude l’umore collettivo dei componenti di un’organizzazione, i loro atteggiamenti verso i leader, i colleghi e l’azienda (Schneider et al. 2010, cit. in Ashkanasy & Dorris, 2017). Esso si distingue dalla cultura poiché rappresenta una funzione delle procedure e delle politiche organizzative, e non delle convinzioni, dei valori e delle ipotesi dei membri di un’organizzazione (Schein 2004, cit. in Ashkanasy & Dorris, 2017).

Il clima emotivo può assumere differenti forme: esso può essere, infatti, di paura, di sicurezza, di instabilità, di fiducia, ecc. Un clima emotivo positivo, ad esempio, è correlato ad una maggiore creatività (Kim et al., 2016, cit. in Ashkanasy & Dorris, 2017), mentre uno di insicurezza lavorativa ha un impatto evidente sulla sicurezza percepita (Jiang & Probst, 2016, cit. in Ashkanasy & Dorris, 2017).

Concludendo, è possibile affermare che tale paragrafo ha aiutato a comprendere quali siano gli aspetti emotivi all’interno di un’organizzazione che sono trattati dalla letteratura scientifica, cercando di definire anche che cosa sia un’emozione e quali forme questa possa assumere all’interno di un’azienda.

### *1.2.5 Il lavoro in équipe nei servizi socio-sanitari*

Dopo aver presentato le caratteristiche che si possono riscontrare, in generale, in ogni gruppo di lavoro, è possibile approfondire gli aspetti peculiari dell’équipe socio-sanitaria, mettendone in risalto il contesto, l’utilità e gli aspetti decisivi.

All’interno del contesto italiano, il lavoro in équipe ha preso piede a partire dagli anni settanta, inizialmente con le esperienze dei consultori familiari, e in un momento successivo attraverso la riforma sanitaria promossa dalla Legge 833 del 1978, la quale ha istituzionalizzato la presenza dei gruppi operativi multiprofessionali, finalizzati alla presa in carico globale della persona. Tale norma ha stabilito, inoltre, che il luogo adatto a realizzare l’integrazione socio-sanitaria fosse il territorio, inserendo, di conseguenza, le équipe all’interno dei Distretti territoriali. A seguito della Riforma del Titolo V della Costituzione del 2001, le leggi in materia hanno assunto un carattere regionale, ma, ad

oggi, il lavoro dei team multiprofessionali che si occupano dei servizi socio-sanitari rimane collocato all'interno dei Distretti territoriali (Ziliani & Rovai, 2020).

All'interno del paragrafo che ha analizzato i punti di forza e le criticità del lavorare in gruppo, è emerso come non vi sia in letteratura un accordo sul fatto che tale modalità comporti una produttività maggiore. Per quanto riguarda l'ambito socio-sanitario, invece, le evidenze empiriche sembrano mostrare il contrario: il lavoro interprofessionale migliora significativamente i risultati della cura, in qualsiasi ambito della salute (Chan, Mok, Po-ying & Man-chun, 2009, Levit et al., 2013, Reeves et al., 2008, Zwarenstein, Goldman & Reeves, 2009, cit. in Jones & Philips 2016). Tali miglioramenti comprendono una maggiore soddisfazione delle persone, una degenza ospedaliera più breve, costi maggiormente contenuti e una riduzione degli errori medici (Greiner & Knebel, 2003, cit. in Jones & Philips 2016). A supporto di tale tesi, è possibile citare lo studio di Sommers et al. (2000, cit. in Jones & Philips 2016), il quale ha dimostrato che la collaborazione tra medici, infermieri e assistenti sociali ha migliorato lo stile di vita di persone anziane con una malattia cronica, rendendole più attive, riducendo le loro visite mediche e i loro ricoveri ospedalieri.

Lavorare in équipe all'interno dei servizi socio-sanitari, inoltre, rappresenta un vantaggio non solo per le persone e le loro famiglie, ma anche per gli stessi operatori, poiché ne aumenta la produttività e la soddisfazione personale (Youngwerth & Twaddle, 2011, Zwarenstein et al., 2009, cit. in Jones & Philips 2016). A tale conclusione è giunto anche lo studio di Cheater et al. (2005, cit. in Jones & Philips 2016), il quale ha evidenziato come l'interprofessionalità, all'interno del contesto ospedaliero, abbia un impatto positivo sulle conoscenze, sulle abilità e sugli atteggiamenti dei professionisti.

Sono diversi i fattori che possono condizionare il successo di un'équipe socio-sanitaria, tuttavia, quelli che sembrano avere un impatto maggiore sono una comunicazione efficace, la presenza di relazioni interpersonali positive, di obiettivi condivisi, la comprensione dei ruoli dei colleghi, la composizione e la struttura del gruppo e gli aspetti organizzativi (Sargeant et al., 2008, Youngwerth & Twaddle, 2011, cit. in Jones & Philips 2016). I team interprofessionali socio-sanitari che risultano essere più efficaci sono, infatti, quelli coesi, rispettosi, che condividono una visione comune e che sono attivamente coinvolti nello scambio di informazioni formali ed informali (Meier & Beresford, 2008, cit. in Jones & Philips 2016). Altri fattori decisivi affinché un'équipe socio-sanitaria abbia successo sono rappresentati, inoltre, dalla conoscenza dei ruoli e delle competenze degli altri professionisti presenti e dal rispetto reciproco, i quali

permettono a ciascuna figura professionale di fornire il proprio contributo al massimo delle proprie possibilità (Sargeant et al., 2008, cit. in Jones & Philips 2016). Al fine di raggiungere tali risultati, tuttavia, non è sufficiente riunire operatori di discipline differenti, ma è necessario, invece, generare un senso di impegno per uno scopo comune, mettendo a disposizione le conoscenze e gli strumenti adeguati (Meier & Beresford, 2008, cit in Jones & Philips 2016).

Per concludere, alla luce delle evidenze empiriche presentate e di fronte alla complessità dei problemi che le persone manifestano, il lavoro in équipe all'interno dei servizi socio-sanitari non appare solo utile, bensì necessario. Una volta stabilito ciò, se è vero che la scienza moderna si sta muovendo sempre più nella direzione della specializzazione, rendendo più difficile la comunicazione tra discipline diverse, allora gli operatori socio-sanitari devono superare le barriere poste dalle mappe cognitive di ogni professione, imparando a comprenderle, rispettando i valori, l'etica e le competenze altrui. Solo in questo modo i servizi socio-sanitari saranno in grado di offrire alle persone degli interventi olistici, riuscendo ad intervenire sul singolo nella sua totalità.

Dopo aver presentato le caratteristiche dell'équipe all'interno dell'ambito socio-sanitario, è possibile restringere ancora di più lo sguardo: il prossimo paragrafo approfondirà, dunque, il ruolo e la funzione che l'assistente sociale ricopre all'interno di tali gruppi di lavoro.

#### *1.2.6 L'assistente sociale nel lavoro interprofessionale*

L'assistente sociale che opera all'interno dei servizi alla persona non può affrontare da solo la complessità delle situazioni problematiche che si trova a fronteggiare. Per tale ragione, l'integrazione con professioni diverse rappresenta un mezzo, una metodologia e una risorsa necessaria per raggiungere obiettivi multiformi e aiutare la persona nella sua totalità.

La collaborazione con altri è insita nella figura dell'assistente sociale a tal punto che questo aspetto è ribadito anche nel Codice Deontologico (2020), dove, al titolo terzo, articolo sedici, si legge "l'assistente sociale ricerca la collaborazione di altri colleghi o altri professionisti e percorsi di supervisione professionale ogni volta che lo valuti opportuno".

Il lavoro integrato tra specialisti di professioni diverse si concretizza nel raccordo e nella condivisione di tecniche e strategie operative, nell'assunzione di un approccio comune per la visione unitaria dei bisogni delle persone, nell'adozione di codici comunicativi e

metodologie organiche, nella definizione di obiettivi comuni, ma, soprattutto, nella costruzione di gruppi professionali complementari, quali, ad esempio, le équipes (Ziliani & Rovai, 2020).

Al fine di comprendere quale sia la funzione dell'assistente sociale all'interno di tale contesto, è efficace partire dal contributo di Bolcan, Ferrario e Tamburini (1994), secondo i quali: "l'assistente sociale svolge un ruolo di mediazione attiva tra i bisogni e la domanda sociale da un lato, e risorse disponibili e attivabili dall'altro, all'interno di un'organizzazione di lavoro" (Ziliani & Rovai, 2020, p. 153). Tale figura, infatti, trova la propria dimensione nella polivalenza e nella polifunzionalità, le quali le permettono di ascoltare e carpire la complessità dei bisogni sociali delle persone nel loro ambiente di vita, di coinvolgere le risorse e i professionisti necessari e di aiutare gli individui ad innalzare i propri livelli di empowerment. L'assistente sociale rappresenta, quindi, un professionista in grado di fungere da agente facilitatore, capace di catalizzare la comunicazione e di generare sinergie tra i diversi attori in gioco (Ziliani & Rovai, 2020). Tale capacità di ascolto, di facilitazione della comunicazione e di raccordo di figure differenti rappresentano risorse fondamentali all'interno di un'équipe multidimensionale. L'assistente sociale è chiamato, dunque, a mettere a disposizione dei colleghi queste abilità, contribuendo sia al lavoro sulla dimensione sociale, sia a quello sulla facilitazione delle relazioni all'interno del gruppo di lavoro.

Tale funzione dell'assistente sociale all'interno di un'équipe socio-sanitaria è confermato anche da Jones e Philips (2016), secondo le quali la formazione sul lavoro sociale di tale figura nella facilitazione di gruppo, nel sistema persona, nell'ambiente, nell'etica e nei valori del lavoro in squadra, negli interventi familiari, nella teoria dei sistemi, nella costruzione di comunità e nella pratica multiculturale, le fornisce competenze cruciali per prendere parte a team interprofessionali che forniscono interventi clinici.

La necessità di includere gli assistenti sociali all'interno delle équipes multiprofessionali non è solamente una convinzione teorica, ma rappresenta, invece, un fatto supportato da evidenze empiriche: gli studi di Fraser et al (2017, cit. in De Saxe Zerden et al., 2018) e Steketee et al. (2018, cit. in De Saxe Zerden et al., 2018) hanno dimostrato, infatti, che i team che coinvolgono anche assistenti sociali ottengono risultati migliori sia sul piano della salute, sia su quello dei costi.

Il ruolo di tali professionisti all'interno di un team multiprofessionale può variare a seconda dell'ambito di intervento, della tipologia di organizzazione e del territorio in cui viene erogato il servizio. Tuttavia, De Saxe Zerden et al. (2018) hanno individuato tre

funzioni che l'assistente sociale ricopre con maggiore frequenza all'interno di un'equipe socio-sanitaria: l'erogazione di interventi a sostegno della salute comportamentale, la gestione della presa in carico dell'assistenza, soprattutto per persone anziane o con malattie croniche, e la cura dei rapporti con altri servizi del sociale.

Inoltre, all'interno della letteratura, sempre più autori sostengono che, accanto a tali funzioni, l'assistente sociale dovrebbe ricoprirne una di maggior rilievo: Pullen-Sansfaçon e Ward (2014) sostengono, infatti, che fra tutti gli operatori è proprio l'assistente sociale che dovrebbe essere incaricato della gestione e della facilitazione dei gruppi di lavoro. Tale ruolo di raccordo e conduzione non è unicamente un auspicio di due autori, ma, al contrario, rappresenta già la realtà di molti servizi, come dimostrano i contributi di Abramson e Bronstein (2008), di Bronstein, Mizrahi, Korazim-Körösy, e McPhee (2010), di Cadell et al. (2007), di Fineberg, Wenger, e Farrow, (2004) e di Forrest e Derrick (2010), raccolti nello studio di Jones e Philips (2016).

Per concludere, è possibile affermare come l'assistente sociale rappresenti una figura indispensabile all'interno delle équipes multiprofessionali, la quale svolge le funzioni di advocacy dei diritti delle persone, di guardiano della dimensione sociale e di manutentore della rete tra professionisti, facilitando le relazioni interpersonali.



# **CAPITOLO II**

## **LA CULTURA ORGANIZZATIVA TRA DEFINIZIONI, MODELLI E SERVIZI SOCIO- SANITARI**

### **2.1 DEFINIZIONI, TIPOLOGIE E CAMBIAMENTO**

#### *2.1.1 Perché studiare la cultura organizzativa*

Le organizzazioni possono apparire a chi le osserva come sistemi difficili da interpretare, dal funzionamento complesso e di difficile giustificazione. Esse possono apparire, infatti, come eccessivamente “burocratiche”, “politiche” o “irrazionali”. I comportamenti di coloro i quali ne sono alla guida appaiono, spesso, insoddisfacenti e deludenti, mentre quelli individuali dei singoli membri sembrano a volte assumere traiettorie sconsiderate. La chiave che può permettere di afferrare questi aspetti e di riorganizzarli all’interno di uno schema dotato di senso logico è rappresentata dalla cultura organizzativa. Questa, infatti, aiuta a spiegare le schematizzazioni che inducono i dipendenti a comportarsi negli stessi determinati modi, ad aspettarsi tali comportamenti dagli altri e ad inseguire specifici obiettivi che dall’esterno si fatica ad individuare. La cultura, dunque, guida l’osservatore alla comprensione del funzionamento dell’azienda e delle priorità della leadership (Schein, 1988/1990).

La cultura, intesa come strumento concettuale, può aiutare a spiegare il comportamento psicologico individuale, quello di gruppi più o meno numerosi e quello dell’organizzazione nel suo complesso. Essa, inoltre, può contribuire alla comprensione di fenomeni quali i conflitti intra ed inter gruppi, l’inutilità di determinati incontri e la difficoltà di comunicare nelle relazioni tra singoli, l’incapacità di socializzare, la produttività, il perché l’organizzazione segua determinate strategie e non altre, e perché utilizzi una specifica tecnologia e non ne adotti una di diversa (Schein, 1988/1990).

Alla luce delle argomentazioni presentate, dunque, qualora si voglia cercare di analizzare un’organizzazione e le dinamiche che la caratterizzano, appare imprescindibile analizzarne anche la cultura e i fondamenti sui quali essa si basa. Per questa ragione, tale capitolo affronta la tematica della dimensione culturale: nei primi paragrafi saranno presentate le definizioni, le caratteristiche e il cambiamento della cultura organizzativa; successivamente, saranno esposti i modelli di Schein e di Cameron e Quinn, i quali

rappresenteranno il quadro teorico di riferimento per la ricerca all'interno del Servizio per le Dipendenze di Castelfranco Veneto; infine, l'ultimo paragrafo sarà dedicato alla contestualizzazione della cultura organizzativa all'interno della realtà dei servizi socio-sanitari.

### *2.1.2 Il fondamento della cultura organizzativa: l'organizzazione*

Prima di poter approfondire gli elementi e le peculiarità della cultura organizzativa, è indispensabile definire cosa sia un'organizzazione e quale ruolo essa ricopra.

Secondo Katz e Khan (1966, cit. in Haslam, 2004/2015) le organizzazioni sono sistemi sociali che coordinano il comportamento delle persone mediante ruoli, norme e valori. I ruoli svolgono la funzione di determinare la posizione e l'attività dei singoli lavoratori, i quali sono funzionalmente intercambiabili ed equivalenti. Le norme rappresentano, invece, prescrizioni di atteggiamenti e di comportamenti legati ai ruoli, delineando aspettative su come un individuo debba sentire, pensare e comportarsi. I valori, infine, sono principi di livello superiore che orientano il comportamento e l'agire dell'organizzazione (Haslam 2004/2015).

Tale sistema di ruoli, norme e valori esiste allo scopo di raggiungere una determinata finalità, sulla base della quale vengono strutturate e modulate le attività dei singoli (Tannenbaum, 1966, cit. in Haslam, 2004/2015). Oltre alla finalità, un altro elemento imprescindibile di un'organizzazione è rappresentato dalla consapevolezza dell'appartenenza, ovvero dall'auto-categorizzazione, dal considerarsi parte di essa ed, eventualmente, di una squadra al suo interno (Smith, 1995, cit. in Haslam, 2004/2015). Integrando tali aspetti alla definizione proposta, è possibile affermare, dunque, che un'organizzazione è un gruppo con un'identità sociale, dal momento che assume un significato psicologico per tutti i suoi membri (La Tendresse, 2000, cit. in Haslam, 2004/2015), contraddistinto da coordinamento, poiché il comportamento degli individui che ne fanno parte non è idiosincratico ma pianificato e strutturato, e diretto ad un obiettivo, considerato che le sue azioni sono tutte finalizzate ad un determinato scopo (Turner & Haslam, 2001, cit. in Haslam, 2004/2015).

Inoltre, è fondamentale sottolineare come la differenziazione interna non alluda esclusivamente al fatto che le persone ricoprono ruoli differenti, ma faccia riferimento anche ai diversi gruppi a cui appartengono gli individui all'interno dell'organizzazione, i

quali si differenziano per potere e status (Alderfer & Smith, 1982, cit. in Haslam, 2004/2015).

Dunque, affinché si possa parlare di organizzazioni, è sufficiente essere di fronte ad un gruppo differenziato al suo interno, dotato di una finalità e che ha un impatto psicologico sui suoi membri. Secondo tale visione, quindi, un'organizzazione non è un luogo dove le persone devono per forza svolgere un lavoro, ma possono essere considerate tali, ad esempio, anche le squadre sportive, le società e le famiglie. Per tali ragioni, le organizzazioni, possono essere sicuramente luoghi di lavoro, ma anche di intrattenimento e di recupero delle energie (Haslam, 2004/2015).

### *2.1.3 La cultura organizzativa: possibili definizioni*

Sebbene il concetto di cultura organizzativa sia ampiamente impiegato nella letteratura manageriale e organizzativa, esso non gode ancora di un'univoca interpretazione, in altre parole, non vi è, ad oggi, un consenso solido e condiviso in merito.

Le diverse concettualizzazioni possono essere riassunte in due principali scuole di pensiero: la prima, frutto di un'idea post modernista del mondo, la quale considera la cultura come qualcosa che l'organizzazione "è", ovvero come una metafora utile a descrivere l'azienda e non come un aspetto individuabile e distinguibile dall'organizzazione stessa; la seconda concezione, invece, intende la cultura come qualcosa che l'organizzazione "ha", ovvero un elemento che può essere distinto, separato e modificato. Tale contrapposizione è fondamentale, poiché è possibile generare, modificare e gestire la cultura allo scopo di raggiungere gli obiettivi aziendali, solamente qualora la si consideri come una variabile a sé stante e non come una metafora dell'organizzazione. È anche per tale ragione che la maggior parte degli autori considera la cultura non come una metafora dell'azienda, ma come un elemento della stessa, il quale può essere modificato e manipolato (Davies et al., 2000, cit. in Prenestini, 2011).

La prima definizione di cultura organizzativa si deve a Pettigrew (1979, cit. in Ashleigh & Mansi, 2014), secondo il quale essa rappresenta un sistema di significati pubblicamente e collettivamente accettati, che agisce in un determinato gruppo in uno specifico momento e che è composto da termini, forme, categorie e immagini che orientano gli individui nell'interpretazione delle situazioni nelle quali si trovano. Secondo tale autore, inoltre, la cultura organizzativa può rappresentare lo strumento attraverso il quale migliorare la performance dei dipendenti e la cura dello sviluppo continuo della qualità.

Un'ulteriore contributo alla definizione di cultura organizzativa lo ha fornito Hofstede (1980), il quale ha paragonato quest'ultima ad un software, affermando che essa " è il contesto sociale entro cui le persone vivono, rappresenta modi schematici di pensare, agire, reagire... una specie di software o programma mentale collettivo che distingue i membri di un gruppo umano da un altro... la cultura sta alla collettività come la personalità sta all'individuo" (cit. in Ashleigh & Mansi, 2014). Tale autore ha elaborato un modello articolato in cinque dimensioni per misurare le culture nazionali, il quale è stato utilmente applicato anche a sistemi sociali più circoscritti come le organizzazioni: indice di distanza dal potere, che stima quanto i membri di status inferiore di un sistema sociale possono influenzare i membri e i gruppi di status superiore, la possibilità di mobilità sociale e il grado di democraticità; individualismo versus collettivismo, che indica se gli obiettivi e il benessere siano orientati più all'individuo o al gruppo; mascolinità versus femminilità, che stima se una determinata cultura riponga maggiore importanza a valori maschili stereotipici come assertività, ambizione, potere e materialismo, i quali tendono a generare maggiori competitività e ambizione, o a valori femminili stereotipici come il risalto alle relazioni umane, i quali tendono a generare minori differenze tra i sessi; indice di rifiuto dell'incertezza, finalizzato a stabilire se un'organizzazione mostra resistenze a situazioni ignote, eventi inattesi e al cambiamento, applicando regole e norme rigide, o se, invece, si dimostra aperta all'incertezza e all'ambiguità, attenuando leggi e direttive; orientamento a lungo o a breve termine, dove, nel primo caso si osserverà un'organizzazione che si concentra sul futuro, sulle ricompense raggiungibili e su una visione lineare del tempo, mentre nel secondo si noterà un sistema sociale focalizzato sui metodi tradizionali, sulla creazione di relazioni e su una visione circolare del tempo (Ashleigh & Mansi, 2014).

#### *2.1.4 Tipologie e sviluppo della cultura organizzativa*

La cultura organizzativa è prodotta e consolidata a partire da elementi storici come idee di fiducia presenti da molto tempo, o rituali introdotti dai fondatori o dai primi leader dell'azienda (Schneider et al., 1996, cit. in Ashleigh & Mansi, 2014). Essa deriva, inoltre, da aspetti di sviluppo quali le lezioni apprese nel corso del tempo e da norme, risposte e regolamenti fondati su esperienze e crisi precedenti (Sopow, 2007). Può essere condizionata, infine, dalla competitività, dal mercato in cui è inserita e dalla tecnologia necessaria (Ashleigh & Mansi, 2014).

Un'organizzazione può trasmettere la propria cultura ai nuovi membri attraverso diverse metodologie. Una di queste è rappresentata dalla socializzazione formale ed informale, la quale dipende dal modo in cui un soggetto interagisce con gli altri ed è finalizzata a trasmettere norme e valori agli ultimi arrivati. Quest'ultimi apprendono, inoltre, dal linguaggio adottato all'interno dell'organizzazione, dalle sue storie, dai suoi simboli, dai riti e dalle cerimonie. Essi, dunque, mediante le informazioni, l'osservazione e il modellamento, fanno propri i valori e i comportamenti accettati dall'azienda, fino al punto in cui tale visione condivisa condiziona le loro percezioni e risposte ai diversi fenomeni. Per tali ragioni, all'interno della letteratura scientifica, è condivisa l'idea secondo la quale la cultura, la struttura e il sistema di ricompense di un'organizzazione abbiano un impatto rilevante sul comportamento e sulla motivazione dei dipendenti (Trice & Beyer, 1993, cit. in Ashleigh & Mansi, 2014).

A seconda delle norme, dei valori, delle storie, ecc., le culture organizzative possono assumere forme e connotazioni molto diverse fra di loro. Esse si differenziano, ad esempio, a seconda del grado in cui i loro membri condividono una medesima mentalità. Una cultura organizzativa, dunque, può essere definita forte quando è capace di creare una prospettiva accettata e condivisa da tutti i suoi componenti, i quali sanno esattamente come comportarsi nei vari contesti. Infatti, le culture forti, le quali generano standard etici elevati, sono in grado di rinforzare i propri valori fondamentali, aumentando la propria capacità di motivare i lavoratori a modificare il loro comportamento (Byrne, 2002, Kaufman, 2002, cit. in Ashleigh & Mansi, 2014).

Al contrario, una cultura è considerata debole quando manca una prospettiva dominante, in un contesto in cui vi è la presenza di più visioni, spesso in conflitto tra di loro.

Valorizzando i comportamenti ammessi e sanzionando quelli che non lo sono, una cultura forte ha il vantaggio di aiutare a comprendere quale sia la modalità migliore con la quale muoversi, di accrescere il controllo e il coordinamento dei processi di lavoro, di ridurre le incertezze e i conflitti, e di aumentare la motivazione del lavoratore, permettendogli di identificarsi con il gruppo (Ashleigh & Mansi, 2014). Per tale ragione, Siehl e Martin (1984, cit. in Ashleigh & Mansi, 2014) definiscono la cultura come il "collante" di un'organizzazione.

Una simile unità nella visione di un'azienda, tuttavia, presenta anche degli svantaggi, quali una maggiore tendenza a sviluppare il groupthink, una maggiore resistenza al cambiamento, una minore apertura verso l'esterno e una minore capacità di integrazione con altre realtà (Ashleigh & Mansi, 2014).

D'altro canto, caratterizzando organizzazioni dalla struttura maggiormente snella e dai valori meno accentuati, le culture deboli hanno il vantaggio di attirare persone che preferiscono ambienti di lavoro meno controllati, e di favorire il pensiero creativo e l'auto-motivazione nel raggiungere gli obiettivi.

Tuttavia, una cultura troppo debole rischia di prosciugare la creatività, la motivazione e la coesione dei propri membri (Collins & Porras, 1994, cit. in Ashleigh & Mansi, 2014). Una cultura simile, inoltre, al fine di riallineare i lavoratori in un'unica direzione, tende a favorire il controllo mediante le procedure e la burocratizzazione, tarpando la creatività e generando conflitti tra manager e dipendenti. Una cultura debole, infatti, favorisce frustrazione, insoddisfazione, antagonismo e risultati scarsamente efficaci (Kilmann et al., 1986, Kumar, 2006 cit. in Ashleigh & Mansi, 2014).

Un'altra distinzione che si trova in letteratura, attraverso la quale è possibile classificare le diverse culture organizzative, è quella proposta da George e Jones (2008, cit. in Ashleigh & Mansi, 2014), i quali oppongono le culture adattive a quelle inerti. Le prime sono contraddistinte da valori e pratiche che favoriscono la motivazione, l'autonomia e l'imprenditorialità del dipendente, e l'utilizzo del minor numero possibile di manager e di livelli gerarchici per raggiungere la propria mission (Peters & Waterman, 1984, cit. in Ashleigh & Mansi, 2014). Le culture adattive, inoltre, tendono a promuovere una gestione delle risorse umane orientata a dimostrare riconoscenza verso i lavoratori, offrendo percorsi lavorativi a lungo termine, opportunità di sviluppo e ricompense per le prestazioni individuali o di gruppo, sottolineando, quindi, l'importanza dell'efficacia organizzativa. Le organizzazioni che adottano tali culture, solitamente, sono caratterizzate da strutture orizzontali e organiche, le quali permettono di valorizzare i dipendenti, le loro iniziative, l'autonomia, la creatività e l'apprendimento continuo. Alla luce di tali peculiarità, è possibile affermare, dunque, che una cultura adattiva permette ad un'azienda di evolvere e di crescere (Ashleigh & Mansi, 2014).

Al contrario, sono considerate inerti le culture fondate su valori e pratiche che limitano la comunicazione e la responsabilità dei propri membri, all'interno delle quali vengono realizzati scarsi investimenti capaci di innovare un sistema di ricompense che non è in grado di stimolare coinvolgimento ed innovazione fra i lavoratori. Tali realtà presentano, tipicamente, una rigida struttura gerarchica e una comunicazione di tipo top-down, le quali abitano i subordinati ad attendere gli ordini e a dipendere dai manager, ridimensionandone la capacità di prendere l'iniziativa. I membri di un'organizzazione caratterizzata da una cultura inerte, dunque, tendono ad aspettare istruzioni, a svolgere

solo mansioni ordinate dall'alto, senza attivarsi in prima persona, denotando una significativa indifferenza verso gli obiettivi e la condotta dell'azienda. È possibile sostenere, quindi, che le culture inerti non sono in grado di promuovere né l'apprendimento organizzativo, né il cambiamento (Ashleigh & Mansi, 2014).

### *2.1.5 Il cambiamento della cultura organizzativa*

La cultura organizzativa è profondamente radicata nelle credenze, nei valori e nel senso del sé, motivo per il quale ottenerne un cambiamento rappresenta una sfida di non semplice realizzazione. Questo fatto, unito a numerosi insuccessi di cambiamento organizzativo che si registrano in letteratura, conducono alcuni autori a sostenere che qualsiasi tentativo di cambiare la cultura organizzativa sarà destinato a fallire (Meek, 1988, cit. in Ashleigh & Mansi, 2014), o che sarebbe più conveniente che fossero le organizzazioni a modificare la loro strategia in funzione della loro cultura e non viceversa (Schwartz & Davis, 1981, cit. in Ashleigh & Mansi, 2014). Tuttavia, nonostante tale filone di studi contraddistinto da scetticismo, sono numerosi gli autori che sostengono che, invece, il cambiamento organizzativo sia qualcosa di raggiungibile (Lewin, 1951; Schneider et al., 1996; Hope & Hendry, 1995).

In generale, il cambiamento può essere inteso come il passaggio dalla situazione attuale ad una situazione futura desiderata. La gestione del cambiamento come attività pratica ha lo scopo sia di elaborare la configurazione ambita, sia di gestire la conseguente transizione mediante differenti fasi intermedie, fino al raggiungimento di quanto desiderato (Metz, 2021).

All'interno del contesto aziendale, invece, il cambiamento può essere inteso come l'adozione di un'idea o di un comportamento, ma può trattarsi anche di un sistema, di un processo, di una politica, di un programma o di un servizio, che sono nuovi per l'organizzazione che li fa propri (Aiken & Hage, 1971, Daft, 1982, Damanpour & Evan, 1984, cit. in Austin & Ciaassen, 2008). Secondo Damanpour (1988, cit. in Austin & Ciaassen, 2008), esso nasce in risposta ai cambiamenti nell'ambiente o come "un'azione preventiva".

Inoltre, come disciplina, il change management si focalizza sul cambiamento organizzativo volontario in risposta a fattori ambientali, o su quello spinto da iniziative intraprese dall'organizzazione stessa, il quale deve essere gestito per raggiungere un futuro desiderato (Srivastava & Agrawal, 2020, Georgalis et al., 2015, cit. in Metz, 2021). L'obiettivo principale del change management è "massimizzare i benefici collettivi per

tutte le persone coinvolte nel cambiamento e minimizzare il rischio di fallimento nel cambiamento” (Sundus et al., 2017, pag.17, cit. in Metz, 2021).

Prima di approfondire quali siano le metodologie e gli approcci attraverso i quali è possibile attuare il cambiamento, è fondamentale comprendere perché questo si manifesti e perché sia indispensabile per le organizzazioni.

Esiste una moltitudine di forze differenti, interne ed esterne ad un’azienda, le quali spingono verso il cambiamento. Tra queste, quelle che esercitano una pressione maggiore sono la competitività e i nuovi mercati, il cambiamento delle condizioni economiche, i progressi tecnologici e le variazioni demografiche. Le spinte competitive, infatti, sollecitano continuamente le aziende a modificare la modalità e il luogo di produzione di beni e servizi. Queste, negli ultimi anni, hanno aumentato ancora di più la loro pressione, a causa della concorrenza di nuovi mercati, tra i quali quelli esteri (Kinicki & Williams, 2020, cit in. Metz, 2021).

Anche il mutamento delle condizioni economiche rappresenta una forza di cambiamento, poiché nei momenti di crescita economica la richiesta di beni e servizi aumenta, spingendo le aziende ad espandersi, investire in nuovi progetti e assumere ulteriore personale. Al contrario, nei momenti di recessione e di crisi economica, subentra l’obbligo di migliorare l’efficienza, concentrandosi solo sul core business, ristrutturando e tagliando il personale forzatamente. Oltre che causate dalle condizioni economiche, queste conseguenze possono essere il risultato, anche, di eventi improvvisi come attacchi terroristici o la diffusione di patogeni estremamente contagiosi (Ashleigh & Mansi, 2014). Emblematico in questo senso è l’esempio della pandemia da COVID-19.

Il cambiamento può essere promosso, inoltre, da progressi tecnologici che possono riguardare macchine, computer, materiali, intelligenze artificiali, ecc., i quali costringono le organizzazioni ad adattarsi continuamente a tali mutamenti, obbligando i dipendenti ad acquisire nuove tecniche e abilità (Kinicki & Williams, 2020, cit in. Metz, 2021).

Un’altra spinta al cambiamento è rappresentata, poi, dalle variazioni demografiche, le quali, modificando la composizione della forza lavoro, richiedono una certa flessibilità alle organizzazioni. Fenomeni quali l’aumento delle donne e delle coppie lavoratrici, della multiculturalità e i baby boomers, infatti, costringono le aziende ad adattarsi se vogliono continuare ad essere attrattive e desiderabili agli occhi dei lavoratori (Ashleigh & Mansi, 2014).

Oltre che da queste, fondamentali, cause, il cambiamento culturale può essere provocato, infine, da forze interne come le preoccupazioni relative alle risorse umane e il



comportamento dei manager. Le prime riguardano questioni quali insoddisfazione dei dipendenti, elevato assenteismo, basso turnover, ridotta produttività, mancanza di partecipazione, ecc., mentre il secondo fa riferimento a conflitti all'interno dell'azienda, a stili di leadership, al sistema di remunerazione, a sforzi di riorganizzazione strutturale e a cambiamenti negli obiettivi organizzativi (Metz, 2021).

Alla luce delle cause presentate, è evidente, dunque, che la principale spinta al cambiamento sia rappresentata dalla sopravvivenza: le organizzazioni sono costrette a cambiare se vogliono sopravvivere all'interno di un ambiente competitivo e in continuo mutamento. La crescente rapidità del cambiamento e la complessità dei fenomeni che caratterizzano il tempo presente non permettono di prevedere quali saranno le principali forze di cambiamento del futuro prossimo, tuttavia le organizzazioni devono essere pronte a riconoscere e a rispondere loro, in prima persona, a tali spinte (Ashleigh & Mansi, 2014).

La cultura organizzativa può essere modificata attraverso tre differenti approcci: il cambiamento culturale diretto, quello di clima organizzativo e quello comportamentale. Il primo consiste nel modificare i valori e le credenze dei diversi membri attraverso la comunicazione. Tale obiettivo può essere raggiunto mediante l'educazione, la persuasione o la costrizione: ad esempio, da un lato è possibile utilizzare dei focus group per veicolare mission, vision e valori dell'azienda, dall'altro è possibile preferire una modifica della forza lavoro mediante reclutamenti e selezione di soggetti che dispongono delle caratteristiche desiderate, e attraverso l'incoraggiamento ad andarsene di chi, invece, non ne disponga (Ashleigh & Mansi, 2014). Il cambiamento attraverso la modificazione di clima organizzativo consiste, invece, nel mutare le politiche, le pratiche, le procedure e la routine quotidiana, le quali si ritiene che, a cascata, modificheranno anche le credenze e i valori che stanno alla base della cultura. Tale risultato può essere raggiunto, ad esempio, attraverso tecniche che promuovono comunicazione e partecipazione, le quali condurranno i dipendenti alla costruzione di un senso condiviso che fornirà un significato delle attività e delle ricompense altrettanto condiviso, modificando, così, l'"atmosfera" organizzativa (Schneider et al., 1996, cit. in Ashleigh & Mansi, 2014). Infine, gli autori che hanno elaborato la metodologia del cambiamento comportamentale, ritenendo inutile cercare di cambiare in modo diretto credenze e valori, suggeriscono di modificare prima il comportamento, mutando il contesto organizzativo in un secondo momento attraverso, ad esempio, la ristrutturazione organizzativa. Infatti, posti di fronte a nuovi ruoli, responsabilità e relazioni, gli individui tendono ad

apprendere nuovi comportamenti, dai quali nasceranno rinnovati atteggiamenti, valori e credenze. Ricerche comparative hanno dimostrato come il cambiamento comportamentale rappresenti la metodologia di mutamento culturale maggiormente efficace (Hope & Hendry, 1995, cit. in Ashleigh & Mansi, 2014).

La letteratura sul tema ha prodotto numerosi altri approcci sul cambiamento organizzativo, tuttavia, uno dei primi ad essere stati elaborati e uno dei più utilizzati è quello di Kurt Lewin (1951). Tale modello prevede tre stadi: scongelamento, cambiamento e ricongelamento. Il primo svolge la funzione di motivare i dipendenti al cambiamento, “sconvolgendo” il loro modo di pensare e agire. In questo momento, i manager dovrebbero trasmettere urgenza ai lavoratori, i quali dovrebbero, di conseguenza, avvertire il bisogno e la necessità di tale cambiamento, giungendo a considerarlo inevitabile. Il secondo stadio è rappresentato, invece, dal cambiamento e simboleggia il nucleo del processo. In questo momento, vengono introdotte e implementate le nuove idee, pratiche o procedure. Le persone coinvolte ricevono la formazione e il supporto necessari per adottare con successo le nuove indicazioni. È in questo stadio che i manager possono monitorare attentamente il processo di cambiamento e apportare eventuali necessarie modifiche per garantirne il successo. Proseguendo con la metafora, esso indica la fase del modellamento attivo del ghiaccio nella nuova forma desiderata. Il terzo stadio, infine, deve essere attuato al termine del cambiamento e ha l'obiettivo di stabilizzarlo e di incorporarlo nella cultura dell'organizzazione. Rappresenta la fase in cui viene rafforzato il cambiamento, vengono celebrati i successi ottenuti e vengono attuate le misure volte a rendere il cambiamento duraturo. Chiudendo la metafora, è il momento in cui far congelare nuovamente il ghiaccio nella sua nuova forma, rendendo il cambiamento una parte stabile dell'organizzazione.

Secondo Rogers (1995, cit. in Austin & Ciaassen, 2008) il processo di cambiamento può essere favorito da cinque fattori: vantaggio relativo, compatibilità, semplicità, sperimentabilità e osservabilità. Il vantaggio relativo è rappresentato dal beneficio percepito che il cambiamento offre rispetto alla pratica attuale. È importante sottolineare, infatti, che le diverse parti coinvolte in un cambiamento possono percepire questo vantaggio relativo in modi diversi, a seconda dei loro interessi e prospettive. Maggiore sarà il vantaggio percepito, maggiore sarà la facilità di cambiamento. Un altro elemento chiave da considerare è la compatibilità, la quale si riferisce al grado di somiglianza tra il cambiamento proposto e le pratiche precedenti. In generale, maggiore è la coerenza del cambiamento con il lavoro precedentemente svolto, maggiore è la probabilità che venga

sostenuto e adottato in modo positivo all'interno dell'organizzazione. Anche la complessità si rivela un fattore critico nella sostenibilità del cambiamento. La semplicità nell'attuazione del mutamento, infatti, è fondamentale per garantirne il successo, dal momento che i cambiamenti semplici da comprendere e attuare hanno molta più probabilità di essere adottati rispetto a quelli che risultano complessi o difficili da implementare. Un ulteriore aspetto che facilita il cambiamento è la sperimentabilità, ovvero la capacità di implementarlo in fasi o passi progressivi, anziché cercare di introdurre l'intero cambiamento in una sola volta. Questo approccio graduale, infatti, può rendere il cambiamento più gestibile e consentire alle persone di adattarsi gradualmente alle nuove pratiche. L'ultimo elemento individuato da Rogers è, infine, l'osservabilità, la quale fa riferimento al fatto che i cambiamenti che sono chiaramente visibili e che producono risultati tangibili e immediati tendono ad essere implementati più rapidamente e hanno più probabilità di essere sostenuti a lungo termine. La percezione di un impatto immediato sul lavoro, dunque, può influenzare positivamente l'accettazione del cambiamento.

Il processo di cambiamento, tuttavia, può essere ostacolato dai membri dell'organizzazione, i quali possono mostrare delle resistenze al cambiamento. Quest'ultime da un lato possono essere viste come un fenomeno che affligge il percorso di cambiamento, rallentandolo, danneggiandolo, nascondendone le implementazioni e alzando i costi (Ansoff, 1990, cit. in Pardo del Val & Martinez Fuentes, 2003), dall'altro possono essere intese, invece, come un modo per mantenere lo status quo (Maurer, 1996, cit. in Pardo del Val & Martinez Fuentes, 2003). Le resistenze al cambiamento, inoltre, possono mostrare ai manager aspetti del cambiamento che non avevano considerato (Waddel e Sohal, 1998, cit. in Pardo del Val & Martinez Fuentes, 2003). Esse non sono, dunque, un fattore intrinsecamente negativo, ma lo diventano nel momento in cui il cambiamento si rivela utile e vantaggioso.

La resistenza può assumere molte forme, quali il ritardo deliberato, le dimissioni, gli scioperi, il sabotaggio dei beni dell'organizzazione, ecc. (Amarantou et al., 2018, cit. in Metz, 2021).

Le principali ragioni per le quali le persone mostrano resistenze al cambiamento sono la paura dell'ignoto, la mancata comprensione della sue necessità e ripercussioni, e una bassa tolleranza nei confronti delle novità (Metz, 2021). Secondo Dent e Goldberg (1999, cit. in Metz, 2021), invece, gli individui non si oppongono al concetto di cambiamento, bensì alla perdita del loro status, dei loro benefici o del loro comfort. In linea con tali autori,

Robbins et al. (2018, cit. in Metz, 2021 ) affermano che i motivi delle resistenze devono essere ricondotti all'incertezza, all'abitudine, alle preoccupazioni per la perdita personale e alla convinzione che il cambiamento non sia nell'interesse dell'organizzazione. Infine, un ultimo elemento che incide negativamente sulle innovazioni è rappresentato dall'investimento, dal momento che più gli individui hanno investito sullo status quo, maggiore sarà la loro resistenza al cambiamento (Ford et al., 2008, cit. in Metz, 2021).

## **2.2 LA PROSPETTIVA DI SCHEIN**

### *2.2.1 Artefatti, valori e assunti di base*

Edgar Schein rappresenta il punto di riferimento principale per chiunque voglia analizzare la cultura organizzativa di una determinata azienda. Il quadro teorico elaborato da tale autore, infatti, permette di cercare di decifrare gli aspetti della cultura organizzativa che a primo impatto apparrebbero sfuggenti e nebulosi, consentendo di cogliere anche gli elementi più impliciti e profondi. Per tali ragioni, in questa sezione verrà presentato il modello teorico elaborato da Schein (1988/1990), approfondendo la definizione di cultura organizzativa, i livelli che la compongono e le metodologie attraverso le quali è possibile cercare di comprenderla.

Secondo Schein (1988/1990), un'organizzazione elabora la propria cultura al fine di garantire l'adattamento e la sopravvivenza del gruppo, sia in risposta all'ambiente esterno, sia ai processi interni.

Tale autore concepisce la cultura come “un insieme di assunti di base – inventati, scoperti o sviluppati da un gruppo determinato quando impara ad affrontare i propri problemi di adattamento con il mondo esterno e di integrazione al suo interno – che si è rivelato così funzionale da essere considerato valido e, quindi, da essere indicato da quanti entrano nell'organizzazione come il modo corretto di percepire, pensare e sentire in relazione a quei problemi” (Schein, 1988/1990, p. 35). Dal momento che questi concetti hanno funzionato, verranno dati per scontati e diverranno automatici.

All'interno di tale modello, dunque, la cultura viene considerata come una proprietà di un'unità sociale stabile, prodotta dall'esperienza di un gruppo definito di individui, la quale rappresenta un elemento imprescindibile per la sua formazione. Tuttavia, non rientrano all'interno di tale definizione gli schemi di comportamento aperto poiché, secondo l'autore, le norme comportamentali possono essere il prodotto sia della cultura,

sia delle situazioni ambientali e contingenti, motivo per il quale non è possibile categorizzarle come artefatti culturali.

Schein (1988/1990), inoltre, suddivide gli elementi che compongono la cultura in tre livelli costituiti dagli artefatti, dai valori e dagli assunti di base.

Il livello che corrisponde agli artefatti e alle creazioni della cultura è il più visibile e contiene gli aspetti legati sia all'ambiente fisico che sociale. Appartengono a tale categoria la tecnologia, l'arte e i modelli comportamentali visibili e udibili. Ogni sfumatura della vita di gruppo genera degli artefatti, creando il problema dell'attribuzione di senso per coloro i quali osservano, poiché questi sono difficili da decifrare, da collegare fra loro e da ricondurre ad eventuali e più profondi modelli. Per comprendere tali aspetti è necessario analizzare i valori della specifica cultura che si sta studiando.

Quando un gruppo si ritrova a dover far fronte ad un nuovo problema, il fondatore, o uno dei membri, avendo una visione chiara della realtà e del modo con il quale affrontarla, propone una soluzione in base a tali convinzioni. Inizialmente i dipendenti cercheranno di verificare e mettere in discussione tale misura e non la considereranno subito come una certezza, ma lo faranno, invece, solo se questa si dovesse rivelare valida e di successo. È in questo momento che inizia il processo di trasformazione cognitiva prima in cognizione e, successivamente, in assunto. Se tale soluzione continuasse a dimostrarsi valida, i membri del gruppo dimenticherebbero che questi valori un tempo erano messi in discussione e comincerebbero a darli per scontati, utilizzandoli inconsciamente nel loro pensare ed agire. Tuttavia, non tutti i valori subiscono tale evoluzione. Al fine di stabilizzarsi come convinzioni ed assunti, infatti, i valori devono poter essere verificabili ed approvabili sia sul piano fisico, sia sul piano sociale, dimostrandosi efficaci nel tempo. Inoltre, le categorie di valori legate ad aspetti meno controllabili dall'ambiente o legate alla dimensione estetica, possono essere difficili da verificare. Non è un esito automatico ma, in tali situazioni, è possibile ottenere il consenso attraverso l'approvazione sociale, ossia solo nel caso in cui si riesca a dimostrare che questi valori riducono l'incertezza e l'ansia, preservando il gruppo. In seguito a tali processi, numerosi valori si stagliano nella sfera del conscio, costituendo la normativa o la funzione morale sulle quali si fonda il gruppo, divenendo, dunque, uno strumento attraverso il quale guidare e gestire l'incertezza e le situazioni difficili (Schein, 1988/1990). Dunque, tali valori possono rappresentare degli indicatori dei fenomeni che si osservano a livello degli artefatti ma, qualora non fossero basati su elementi della cultura precedentemente assimilati, potrebbero rivelarsi "espoused values", capaci, quindi, di stimare approssimativamente

ciò che i membri del gruppo diranno, ma non quello che essi faranno (Argyris & Schon, 1978, cit. in Schein, 1988/1990). Inoltre, una volta stabiliti i valori di un'organizzazione, è possibile che la lista che ne consegue non segua uno schema preciso e che contenga contraddizioni. Al fine di comprendere la cultura organizzativa di un'azienda, infatti, è necessario abbandonare il livello dei valori e scendere al terzo, quello degli assunti di base (Schein, 1988/1990).

Quest'ultimi si generano quando un'ipotesi, trasformata in un'efficace soluzione, diviene una solida realtà, portando gli individui a ritenere che la natura funzioni davvero in quel modo. I membri di un'organizzazione non sono consapevoli di essere influenzati da tali assunti, i quali, invece, stabiliscono, all'interno del loro contesto, come la realtà vada sentita, pensata e percepita. Tali impliciti sono dati talmente tanto per scontati da rendere impensabile una loro messa in discussione e inconcepibile un'altra visione delle cose. Gli assunti di base hanno un'influenza tale, inoltre, da poter condurre i soggetti a modificare persino i dati oggettivi, dal momento che tutto viene letto in funzione di essi, modificando o distorto i fatti pur di mantenere una coerenza con le convinzioni più profonde. Infine, la caratteristica di essere scontati e ovvi, li rende difficili da individuare, richiedendo impegno e lavoro di ricerca, anche da parte dei dipendenti, i quali devono essere motivati nel far emergere tali aspetti (Schein, 1988/1990).

Appare evidente, dunque, come l'individuazione degli assunti di base di un'organizzazione rappresenti una delle sfide più difficili per un ricercatore che intende studiare la cultura organizzativa. Per tale ragione, il prossimo paragrafo sarà dedicato alla presentazione di una metodologia attraverso la quale poter identificare tali sfuggenti impliciti.

### *2.2.2 Scoprire gli assunti culturali di un'organizzazione*

Secondo Schein (1988/1990), al fine di analizzare la cultura organizzativa, è necessario assumere una prospettiva "clinica" e non una di tipo etnografico. Quest'ultima prevede che vengano ottenuti dati concreti mediante l'utilizzo di strumenti intellettuali o scientifici come modelli e concetti, i quali concedono scarsa importanza ai componenti del gruppo in merito alle motivazioni atte a spiegare gli elementi culturali. Il "punto di vista clinico" considera, invece, i dipendenti come clienti che hanno un interesse primario, poiché sono loro che hanno commissionato l'analisi ad un consulente esterno. Coloro i quali adottano una metodologia "clinica" applicano i loro metodi e concetti al fine di ottenere ed analizzare le informazioni, ma la finalità di tali modelli è di offrire uno

spunto per capire come aiutare gli interni. Se vuole rivelarsi utile, inoltre, il “clinico” deve comprendere a un certo livello. Secondo Lewin (1952, cit. in Schein, 1988/1990), infatti, si dimostra un certo livello di comprensione solo tentando di cambiare un sistema, ovvero, contestualizzando, cercando di aiutare. Riassumendo, dunque, è possibile affermare che il clinico acquisisce informazioni diverse, poiché le persone motivate tendono a rivelare elementi che potrebbero rimanere latenti se questi soggetti fossero semplicemente “disposti”, come nel caso di un’indagine etnografica.

Nel paradigma clinico, l’approccio più adatto per scoprire gli assunti culturali di un’organizzazione è rappresentato dalla collaborazione, realizzata attraverso una serie di colloqui “clinici”, tra il ricercatore e i diversi informatori, i quali devono essere motivati, interni all’azienda ed esponenti della specifica cultura. Tale collaborazione è necessaria per evitare pregiudizi di tipo soggettivo e per superare le difficoltà di lettura interna. Infatti, da un lato un esterno non riesce a cogliere le sfumature culturali, le connessioni tra le diverse categorie, la modalità di traduzione dei significati in comportamenti, ecc. e tende, erroneamente, ad attribuire le proprie categorie a ciò che osserva, dall’altro un interno riesce a prendere coscienza degli assunti di base solo cercando di spiegare ad un esterno perché i fenomeni che lo stupiscono accadono in quel modo, o correggendo le interpretazioni che questo fornisce.

Il modello proposto da Schein (1988/1990) per individuare gli assunti di base, dunque, assegna un ruolo importante alle figure interne e si basa su dieci differenti stadi.

Il primo momento è rappresentato dall’ingresso in azienda e dall’attenzione alle sorprese. In tale fase il ricercatore si inserisce nell’organizzazione e cerca di cogliere la cultura sia attivamente attraverso l’osservazione sistematica, sia passivamente affrontando le sorprese (Luis, 1980, cit. in Schein, 1988/1990), ovvero gli elementi che si manifestano in modalità differenti da quelle che si aspetterebbe.

Il secondo stadio prevede, invece, osservazioni e controlli sistematici, al fine di valutare gli aspetti sorprendenti e di constatare se esse siano ripetibili e, quindi, probabili riflessi della cultura e non avvenimenti sporadici ed eccezionali.

Il terzo step corrisponde all’individuazione di un interno che sia motivato e capace di analizzare e comprendere ciò che succede. È la motivazione di tale figura a rendere l’approccio “clinico” e non etnografico.

Il quarto momento è rappresentato dalla scoperta delle sorprese, delle perplessità e delle impressioni. Dopo aver instaurato un rapporto con i dipendenti, infatti, il ricercatore può esplicitare le sue osservazioni, reazioni, sorprese e teorie sulla cultura, cercando di evitare

astrazioni, generalizzazioni e sentenze e rimanendo sul piano delle impressioni personali, al fine di non ottenere una risposta di chiusura dell'altro.

Nella quinta fase, l'interno e l'esterno cercano una spiegazione comune di quanto raccolto. Il primo prova a fornire una spiegazione degli elementi sorprendenti al secondo, elaborando o correggendo le impressioni che questo manifesta. È in tale frangente che le due parti devono cercare gli assunti impliciti e gli schemi che stanno alla base dell'organizzazione. In questo contesto, l'esterno ha il compito di guidare il colloquio clinico senza innescare atteggiamenti difensivi, e di aiutare l'interno a raggiungere la dimensione più profonda, in modo tale da riuscire a comprendere gli assunti di base che si trovano dentro di sé.

Il sesto stadio è caratterizzato dalla formulazione delle ipotesi, elaborata a partire dalle spiegazioni ottenute nella fase precedente. Per raggiungere tale scopo, è necessario individuare ulteriori dati che potrebbero rappresentare una verifica effettiva dell'operatività o meno di un determinato assunto, riuscendo così a dimostrare se l'ipotesi proposta possa essere realmente considerata un assunto di base.

Il settimo step è costituito dal controllo e dal consolidamento sistematici. L'interno, a questo punto, è consapevole, approssimativamente, delle domande da porre e degli aspetti da osservare, motivo per il quale è possibile condurre una serie di colloqui con altri informatori, ricercando nuove conferme.

È solo durante l'ottava fase che è possibile avvicinarsi al livello degli assunti di base, cercando di comprendere quale sia l'implicito che sottostà ad una determinata ipotesi e in che modo esso condizioni il comportamento. Tale operazione può essere condotta solamente all'interno della propria cultura e del proprio contesto.

Il nono momento prevede un continuo riaggiustamento del modello elaborato, attraverso nuovi colloqui con informatori interni, e grazie alla padronanza della cultura aziendale che ormai l'esterno ha sviluppato. È interessante sottolineare come le persone, poste di fronte agli assunti di base che orientano la loro attività, potrebbero reagire male e ritirarsi sulla difensiva, poiché potrebbero sentirsi "messe a nudo" di fronte ad impliciti che potrebbero non essere in linea con quello che, consciamente, credevano di sostenere.

Il decimo stadio consiste, infine, nell'elaborare le descrizioni scritte e formali del paradigma sviluppato, esplicitando gli assunti di base individuati e lo schema di relazioni che li caratterizza (Schein, 1988/1990).

Inoltre, vi sono altre fonti attraverso le quali è possibile cercare di comprendere gli assunti di base di un'organizzazione. Una di queste è rappresentata dalla struttura organizzativa,



la quale ricopre funzioni importanti all'interno di una determinata cultura, ma, allo stesso tempo, può trarre in inganno il ricercatore e gli interni. Essa ha, infatti, il compito di stabilizzare l'azienda e ridurre l'ambiguità, l'incertezza e l'ansia, dettando ruoli, status e gerarchie. La struttura organizzativa rappresenta, quindi, un elemento cardine della cultura di un'organizzazione. Tuttavia, essa può essere il risultato di insiemi diversi di assunti di base. Per tale ragione, osservando esclusivamente tale aspetto, non è possibile dedurre quale sia la cultura organizzativa di una determinata azienda. A riprova di ciò, è possibile notare come aziende con la stessa struttura adottino culture diverse e viceversa. Qualora si voglia studiare la cultura di un'organizzazione, dunque, si deve certamente esaminarne la struttura, ma è necessario farlo tenendo a mente che qualsiasi assunto culturale derivi da tale analisi dovrà essere compreso e valutato appieno e non dato per scontato (Schein, 1988/1990).

Un'ulteriore fonte attraverso la quale è possibile acquisire conoscenze in merito agli assunti di base è caratterizzata dall'analisi dei sistemi formali di informazione e controllo. Essi, infatti, in quanto artefatti, riflettono elementi e impliciti della cultura. Questo è vero sicuramente nel momento in cui i manager ritengono che i sistemi formali e di controllo siano validi e coerenti con l'azienda ma, se così non fosse, il valore culturale si indebolirebbe. È possibile, infatti, che i leader di un'organizzazione ritengano che tali sistemi siano un prodotto dell'area finanziaria, i quali si integrano scarsamente con la gestione reale dell'azienda. In questa situazione, la ricerca degli impliciti dovrebbe partire dall'analisi del conflitto tra gli assunti sottostanti ai sistemi formali di informazione e controllo e quelli dei leader. Inoltre, qualora si voglia analizzare la cultura organizzativa partendo da tali costrutti, è necessario approfondirne la storia e le intenzioni dei loro creatori. Riassumendo, dunque, è possibile affermare che una deduzione degli assunti di base elaborata a partire dai sistemi formali di informazione e controllo è realizzabile solo se ci si concentra su ciò a cui i manager prestano realmente attenzione (Schein, 1988/1990).

Un'ultima fonte attraverso la quale è possibile individuare gli assunti base di un'organizzazione è costituita da miti, leggende, storie e atti costitutivi. Infatti, sebbene non sia possibile dedurre gli impliciti osservando esclusivamente tali elementi, essi conservano il loro ruolo di trasmettitori di cultura. In altre parole, miti, leggende, storie e atti costitutivi comunicano i valori e le credenze dei fondatori, veicolano norme e regole ed esplicitano le intenzioni dei leader (Schein, 1988/1990).

### 2.3 IL MODELLO DI CAMERON E QUINN

Il modello elaborato da Cameron e Quinn, noto come *Competing Values Framework*, è uno strumento di analisi della cultura organizzativa che si basa su due dimensioni principali: controllo-flessibilità e processi interni-esterni. Tale modello è stato sviluppato al fine di aiutare leader e professionisti a comprendere e identificare le principali caratteristiche culturali di un'azienda. Il *Competing Values Framework*, dunque, si rivela prezioso per la gestione del cambiamento, per la definizione della strategia e per il miglioramento delle dinamiche organizzative.

La dimensione controllo-flessibilità permette di identificare da un lato gli elementi che evidenziano l'elasticità, la discrezione e il dinamismo, dall'altro quelli che caratterizzano la stabilità, l'ordine e il controllo. È fondamentale sottolineare come non ci sia una dimensione giusta e una sbagliata, ma come ognuna possa rivelarsi maggiormente adeguata in una determinata situazione e all'interno di uno specifico contesto. Vi sono, infatti, organizzazioni che sono considerate efficaci grazie alla loro capacità di essere adattabili, organiche e in continua evoluzione, e altre che lo sono in virtù del loro essere stabili, prevedibili e meccaniche (Cameron & Quinn, 1999).

La dimensione processi interni-esterni, invece, consente di individuare da un lato gli aspetti che segnalano un orientamento verso l'interno, contraddistinto da integrazione ed unità, dall'altro quelli che dimostrano un orientamento verso l'esterno, costituito da differenziazione e rivalità. Anche in questo caso, alcune aziende sono considerate efficaci se hanno caratteristiche interne armoniose, mentre altre lo sono se sviluppano la capacità di interagire e competere al di fuori dei propri confini (Cameron & Quinn, 1999).

L'unione in un unico schema di queste due dimensioni genera quattro quadranti, ognuno dei quali è caratterizzato da un insieme distinto di indicatori di efficacia organizzativa. Tali elementi di efficacia aiutano a delineare ciò che è considerato buono, giusto e appropriato, evidenziando i valori fondamentali che condizionano i giudizi sulle organizzazioni. Si viene a creare, dunque, un continuum agli estremi del quale sono posti in contraddizione i quattro valori fondamentali "controllo", "flessibilità", "attenzione all'interno" e "all'esterno". Se si raffigura graficamente lo schema, quindi, si può immaginare un quadrante in alto a sinistra, il quale indica i valori che enfatizzano un focus interno e organico, un quadrante in basso a destra che evidenzia i valori che sottolineano un focus esterno e di controllo, un quadrante in alto a destra che identifica i valori che connotano un focus esterno e organico e un quadrante in basso a sinistra che presenta i valori di controllo interni. Ad ogni quadrante è stata attribuita un'etichetta: "clan" per

quello in alto a sinistra, “adhocrazia” per quello in alto a destra, “gerarchia” per quello in basso a sinistra e “mercato” per quello in basso a destra. Dunque, all’interno di ciascun quadrante vengono inseriti presupposti, orientamenti e valori di base, i quali aiutano il ricercatore ad elaborare gli elementi che compongono una determinata cultura organizzativa. Per tale ragione, ogni quadrante rappresenta e dà il nome ad una tipologia di cultura organizzativa (Cameron & Quinn, 1999).

La cultura organizzativa di tipo gerarchico rappresenta un luogo di lavoro formalizzato e strutturato, dove le procedure governano l’agire degli individui, i leader si distinguono per essere grandi coordinatori e organizzatori e dove le organizzazioni si concentrano sulla stabilità, sulla prevedibilità e sull’efficienza, poggiandosi su regole e politiche formali. All’interno di tale visione, dunque, vi è grande attenzione all’interno e al controllo e le persone sono considerate conformiste, abituali, guidate da obiettivi e rispettose delle regole. Sono promosse la responsabilità, la disciplina, l’obbedienza e la prevedibilità, mentre sono disincentivati il fare domande, la divergenza e l’innovazione. La cultura gerarchica si rivela efficace, dunque, se vi è un’autorità forte e riconosciuta e se le attività quotidiane sono determinate dalle relazioni con i supervisori (Cameron & Quinn, 1999).

La cultura di mercato nasce dal presupposto che l’ambiente esterno è ostile e non benevolo e che i consumatori sono esigenti e interessati al valore. Essa, quindi, pone il focus al controllo e all’esterno, interagendo principalmente con fornitori, clienti, appaltatori, licenziatari, sindacati e regolatori. Tale tipologia culturale ritiene che uno scopo chiaro e una strategia aggressiva possano aumentare la produttività, generando risultati e profitti, migliorando la propria competitività. La cultura di mercato, inoltre, opera prevalentemente mediante lo scambio monetario e il suo principale obiettivo è quello di ottenere un vantaggio competitivo attraverso le transizioni come scambi, vendite e contratti. Essa produce beni e servizi per innalzare la redditività, per raggiungere traguardi economici ambiziosi, per aumentare la propria influenza nelle nicchie di mercato e per mantenere una base di clienti sicura. Tale forma culturale riesce ad essere efficace quando si trova un facile accordo sui prezzi, quando il mercato è competitivo e quando vi è una situazione di relativa stabilità, di cambiamento lento e di prevedibilità. In sintesi, la cultura di mercato è un luogo di lavoro orientato ai risultati, all’interno del quale i leader sono produttori in continua concorrenza, sono caratterizzati da rigore ed esigenza e scoraggiano valori come fedeltà, fiducia, integrità e onestà. Infine, l’enfasi sulla vittoria rappresenta il collante che unisce l’organizzazione, la quale è focalizzata

sulle azioni competitive e sul raggiungimento di obiettivi di penetrazione del mercato (Cameron & Quinn, 1999).

La tipologia di cultura definita “clan” si poggia sul presupposto che gli individui sono esseri culturali che ripongono grande valore nei rituali e nelle tradizioni, che apprendono lentamente nel corso del tempo e che socializzano attraverso obiettivi comuni adottati in seguito ad una lunga esposizione. Essa, più che un attore economico, sembra una famiglia allargata, poiché i suoi membri condividono obiettivi e valori quali la coesione, la partecipazione, il senso del noi, la fedeltà e la solidarietà, osteggiando l’individualismo, l’ambizione e la competizione. Il clan ritiene, inoltre, che il modo migliore di affrontare l’ambiente sia quello di lavorare in squadra, fornendo ricompense in base ai risultati del gruppo e garantendo lo sviluppo dei dipendenti, investendo sulla loro partecipazione, sulla loro fedeltà e sul loro impegno. Tale forma culturale si rivela efficace nel momento in cui le prestazioni richieste siano altamente interdipendenti, vi sia una difficoltà a determinare i contributi individuali, e gli obiettivi comuni siano chiari e si sovrappongano a quelli individuali. Essa appare scarsamente efficace, invece, qualora gli obiettivi dei dipendenti non si sovrappongano a quelli dei manager e quando vi sia instabilità nelle relazioni professionali. Riassumendo, dunque, la cultura del clan è contraddistinta da un luogo di lavoro accogliente nel quale gli individui condividono molto di loro stessi. Essa assomiglia ad una famiglia allargata, dove i leader sono considerati mentori simili a figure genitoriali. L’unità dell’organizzazione si basa sulla lealtà, sulla tradizione e su un elevato impegno. All’interno di tale struttura culturale, inoltre, l’organizzazione conferisce grande valore al lavoro di squadra, alla partecipazione e al consenso, definendo il successo in termini di clima interno e di preoccupazione per le persone (Cameron & Quinn, 1999).

La cultura adhocratica, infine, scaturisce dal presupposto che le persone sono dotate di razionalità, energia e capacità. Tale modello culturale nasce per far fronte ad ambienti turbolenti, caratterizzati da sempre maggiori incertezza ed ambiguità. Essa non sembra essere efficace, dunque, all’interno di ambienti stabili e contraddistinti da certezze. L’adhocrazia, piuttosto, indica qualcosa di temporaneo, specializzato e dinamico che ricerca il successo attraverso iniziative innovative e pionieristiche, le quali permettono di sviluppare prodotti e servizi sempre nuovi e adeguati ai contesti in continuo mutamento. Le parole d’ordine di tale prospettiva sono adattabilità e innovazione. Pertanto, i leader sono concentrati sulla promozione di imprenditorialità e creatività, al fine di generare una nuova visione del futuro mediante un’immaginazione disciplinata e

un'anarchia organizzata. Il potere non è centralizzato in un'unica autorità, bensì passa di mano da individuo ad individuo, da team a team, a seconda del problema da affrontare in quel determinato momento. Vengono premiate l'individualità, la presa di rischi e l'anticipazione del futuro. Alla luce di quanto presentato, dunque, è possibile affermare che l'adhocrazia rappresenta un ambiente di lavoro dinamico, imprenditoriale e creativo, all'interno del quale i leader sono visionari, innovatori, orientati al rischio e spingono i lavoratori ad esporsi e a prendere, a loro volta, dei rischi. La coesione all'interno dell'organizzazione è rappresentata dall'impegno nella sperimentazione e nell'innovazione. Il focus a lungo termine è rivolto ad una rapida crescita e all'acquisizione di nuove risorse, al fine di produrre beni e servizi unici e originali. Per tali ragioni, fondamentali si rivelano la disponibilità al cambiamento e ad affrontare nuove sfide (Cameron & Quinn, 1999).

In conclusione, le tipologie di cultura organizzativa proposte permettono ai leader e ai ricercatori di comprendere e definire quali siano le caratteristiche di una specifica azienda. Questo modello sarà utilizzato nell'ultimo capitolo per cercare di comprendere la cultura organizzativa del SerD di Castelfranco Veneto.

Il prossimo paragrafo cercherà, invece, di contestualizzare all'interno dei servizi socio-sanitari i paradigmi teorici esposti in tale capitolo, presentando alcune ricerche che si sono occupate di tale tematica.

## **2.4 LA CULTURA ORGANIZZATIVA ALL'INTERNO DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI**

### *2.4.1 Le tipologie di cultura organizzativa delle aziende sanitarie*

All'interno della letteratura internazionale, i principali studi sul tema mostrano come la tipologia di cultura organizzativa più diffusa all'interno delle aziende sanitarie sia quella del clan nel Regno Unito e in Canada, e quella di mercato negli Stati Uniti (Davies et al., 2007; Gerowitz et al., 1996).

All'interno del contesto italiano, invece, le evidenze sembrano presentare una situazione differente. A sostegno di questa tesi è possibile citare lo studio condotto da Prenestini (2012), che ha coinvolto 521 persone tra Direttori Generali e membri del Collegio di Direzione di 63 aziende emiliano romagnole, lombarde, piemontesi, toscane e venete. Tale ricerca ha evidenziato una predominanza dei valori appartenenti alle culture organizzative gerarchiche e, secondariamente, a quelle di mercato. Essa ha riscontrato,

inoltre, un sostanziale equilibrio tra focus interno, tipico delle culture gerarchiche e clan, ed esterno, tipico delle culture di mercato e adhocratiche. Dallo studio è emersa, infine, una rilevante prevalenza dei processi meccanicistici, basati sulla standardizzazione dei comportamenti attraverso norme e regole formali, caratteristici delle culture gerarchiche, o mediante sistemi di management per obiettivi, peculiari delle culture di mercato. I dati aggregati mostrano, infatti, che su 63 aziende, il 47,6% condivide una cultura di tipo gerarchico, dovuta, secondo l'autrice, ad un possibile retaggio di un approccio burocratico alla gestione delle AULSS; il 36,5% adotta una cultura di mercato, basando le proprie regole di funzionamento su meccanismi di pianificazione, programmazione e controllo come, ad esempio, piani strategici, budget, sistemi di valutazione delle performance ecc., sui quali il sistema istituzionale e culturale stava chiedendo di investire maggiormente; solo il 9,5% utilizza una cultura di clan e soltanto il 6,4% rappresenta un'adhocrazia, poiché i sistemi di coordinamento e di gestione rilevati nelle aziende sanitarie sono prevalentemente meccanicistici e non relazionali o di mutuo adattamento.

Appare utile, inoltre, analizzare separatamente le caratteristiche delle culture delle aziende sanitarie venete presentate da tale studio. Per quanto riguarda questo target, il campione è costituito da 65 rispondenti appartenenti ad 8 aziende socio-sanitarie situate in Veneto. I risultati mostrano che il 29,02% delle aziende venete adotta una cultura di tipo gerarchico, il 28,55% di mercato, il 21,54% di tipo adhocratico e il 20,89% di tipo clan. Inoltre, le AULSS venete sembrano mantenere un equilibrio tra il focus interno (49,91%) e quello esterno (50,01). Maggiormente sbilanciato appare, invece, il rapporto tra processi meccanicistici (57,57%) e relazionali (42,43%). Riassumendo, dunque, è possibile affermare come dallo studio emerga che le aziende venete siano caratterizzate da culture fondate su sistemi meccanicistici per il raggiungimento dei risultati aziendali, i quali a volte vengono tradotti in regole e procedure codificate, tipiche delle culture gerarchiche, altre volte in sistemi di pianificazione, programmazione e controllo, caratteristici delle culture di mercato. Tale differenziazione, secondo l'autrice, potrebbe essere causata dal diverso stile di management delle direzioni strategiche aziendali (Prenestini, 2012).

Alla luce di quanto presentato, dalla ricerca condotta presso il SerD di Castelfranco Veneto, è possibile immaginare l'emersione di una cultura aziendale di tipo gerarchico o di mercato, basata su sistemi meccanicistici.

All'interno di tale sottoparagrafo sono state presentate le caratteristiche culturali delle aziende sanitarie, nel successivo, invece, sarà approfondita la tematica del cambiamento culturale all'interno di tali organizzazioni.

#### *2.4.2 Il cambiamento culturale all'interno dei servizi socio-sanitari*

Nei paragrafi precedenti è stato sottolineato come secondo Schein e Lewin, al fine di poter comprendere un sistema, sia necessario cercare di aiutare gli interni a modificarlo e a generare un cambiamento. All'interno di tale sottoparagrafo, dunque, facendo riferimento alla review elaborata da Willis e colleghi (2016), saranno presentati gli elementi che permettono di attuare e mantenere il cambiamento all'interno delle organizzazioni di tipo sanitario.

Al fine di ottenere un modello che possa garantire risultati positivi in seguito alla realizzazione e al consolidamento del cambiamento all'interno del sistema dei servizi sanitari, tali autori hanno individuato i sei seguenti principi guida: allineare la vision e l'action, attuare cambiamenti gradualmente, promuovere una leadership condivisa, favorire il coinvolgimento del personale, creare relazioni interpersonali collaborative e analizzare e imparare continuamente dal cambiamento culturale.

L'allineamento tra la visione e l'azione trasformativa fa riferimento ad una serie di interventi diversi fra loro e svolti da figure che si trovano a più livelli di un sistema. Questi possono riguardare, ad esempio attività volte al raggiungimento della coerenza tra programmi, decisioni, risultati, ecc., la quale può essere ottenuta attraverso l'esplicitazione degli impatti di tali processi sui professionisti e sull'assistenza clinica, e mediante sforzi politici atti al cambiamento strutturale e procedurale, come i piani di allocazione delle risorse, la definizione dei ruoli e delle responsabilità cliniche e organizzative e lo sviluppo di strategie di monitoraggio e reporting delle prestazioni (Lukas et al., 2007, Bevan, 2012, Edwards et al., 2007, Schein, 2010, cit. in Willis et al., 2016). Le soluzioni per promuovere l'allineamento tra la vision e l'azione possono riguardare, poi, il coordinamento delle diverse sottoculture organizzative tramite la facilitazione del racconto di storie e dello sviluppo di relazioni, e l'impiego di tempo al di fuori dell'attività clinica, investito per decisioni in merito al budget, per lo sviluppo di competenze e per riunioni di gruppo e di pianificazione (Wilson, 2010, cit. in Willis et al., 2016). Tali interventi interagiscono con una serie di elementi del contesto, quali, ad esempio, procedure operative in vigore, interessi e incentivi precedentemente individuati,

e credenze e valori dei membri dell'organizzazione preesistenti e legati a diverse sottoculture. Per tale ragione, al fine di ottenere il cambiamento, è necessario raggiungere un compromesso tra gli interventi che si intende proporre e tali aspetti, facendo attenzione ad allineare gli elementi di novità con i valori dei dipendenti (Amis et al., 2002, cit. in Willis et al., 2016). Tale risultato può essere ottenuto sollecitando nuove azioni da parte di coloro i quali hanno visto i loro ruoli ridisegnati, promuovendo un linguaggio e un programma comune, e un senso di legittimità, umiltà e rispetto reciproco (Schein, 2010, cit. in Willis et al., 2016).

Il principio guida della promozione di un cambiamento incrementale rimanda all'implementazione di mutamenti su piccola scala, introdotti gradualmente e attraverso azioni semplici, in modo tale che possano costruirsi l'uno sull'altro e divenire istituzionalizzati man mano che il processo si sviluppa. Tale soluzione è favorita dalla presenza di un'attitudine alla sperimentazione e dalla capacità di mantenere il focus su livelli sostenuti di cambiamento, attraverso pratiche ad esso finalizzate. Essa è, invece, ostacolata dalle situazioni in cui il cambiamento è considerato illegittimo e non credibile. Adottare un cambiamento graduale, inoltre, permette di attuare meccanismi flessibili di coinvolgimento del personale, di creare una proprietà condivisa, di riconoscere il successo, aumentando la partecipazione e la consapevolezza dei singoli in merito alle proprie competenze (Buchanan & Fitzgerald, 2007, Day & Norris, 2007, Edwards et al., 2007, cit. in Willis et al., 2016).

Promuovere una leadership condivisa consente, invece, di attivare un senso di energia condivisa e di sicurezza psicologica, favorisce il coinvolgimento dei team su progetti di piccola scala, aiutando a dimostrare che il cambiamento è possibile e sostenibile, e permette di identificarsi con i leader che prendono le decisioni. Per ottenere tali risultati, è necessario stabilire ruoli di leadership designati e variabili, identificare chi non è un leader e costituire team composti da leader. Tali azioni sono più facili da attuare in contesti favorevoli ad un management proattivo, caratterizzati dalla possibilità per i dipendenti di essere leader e da un supporto organizzativo alla leadership. Una simile metodologia può incontrare maggiori difficoltà, invece, in un ambiente contraddistinto da un elevato grado di burocrazia, confusione, risentimento e resistenza al cambiamento, scarsamente sensibile alla fidelizzazione e alla condivisione del potere (Best et al., 2012; Burston et al., 2011, Wilson, 2010, Lukas et al., 2007, Chreim et al., 2010, cit. in Willis et al., 2016).



Il principio guida della promozione del coinvolgimento del personale consiste nell'incentivare la riformulazione di regole e ruoli, nell'utilizzo di focus group, "team di miglioramento", brainstorming, visite in sito e teleconferenze. Tali misure vengono attuate al fine di garantire che i lavoratori si sentano ascoltati e valorizzati, di riconoscere le minacce all'identità del professionista, di rispettare le risposte emotive dei singoli al cambiamento, di utilizzare a proprio vantaggio le connessioni sociali e di aumentare la speranza e l'ottimismo in merito alla possibilità del cambiamento. Per essere implementati, tali interventi richiedono la presenza di canali di comunicazione, la disponibilità a impegnarsi in prima persona e a cedere il controllo, il riconoscimento dei ruoli e delle forme del cambiamento, un impegno nel tempo e una sensibilità alla fidelizzazione e alla condivisione del potere. I fattori che possono frenare tali misure, invece, sono rappresentati da legittime paure ed ansie, da un elevato grado di risentimento e resistenza al cambiamento, da una visione basata sulla competizione e da una scarsa sensibilità ad un concetto di potere legato alla fedeltà (Berger, 2004, Pearson et al., 2009, Berger, 2004, Nelson-Peterson & Leppa, 2007, cit. in Willis et al., 2016).

Un'altra soluzione, proposta da Willis e colleghi per ottenere il cambiamento all'interno dei servizi sanitari, è rappresentata, inoltre, dal creare relazioni interpersonali collaborative, attraverso l'istituzione di task forces, comitati per i singoli problemi, gruppi di apprendimento, investendo sulle relazioni tra professionisti e mantenendo il personale a lungo nella stessa azienda. Tali iniziative, infatti, permettono di formare canali atti a rinforzare la dimensione sociale del cambiamento, di generare fiducia e di diminuire le resistenze, sviluppando un senso condiviso del problema e coinvolgendo sia i gruppi, sia i singoli. La creazione di collaborazione all'interno delle relazioni interpersonali avrà il massimo impatto nelle situazioni in cui è riconosciuto il valore del lavoro intersettoriale e delle caratteristiche dei singoli gruppi, mentre incontrerà maggiori resistenze in un ambiente ostile alle dinamiche che ruotano attorno al concetto di fedeltà (Lukas et al., 2007, Wilson, 2010, Detert & Pollock, 2008, cit. in Willis et al., 2016).

Infine, il principio guida relativo all'analisi continuativa del mutamento culturale e al relativo apprendimento, promuove la misurazione del cambiamento, fornisce dati utili a migliorare il processo e costituisce una motivazione estrinseca al cambiamento stesso. La valutazione può essere condotta attraverso tecniche e strumenti quantitativi, qualitativi e misti. L'analisi e l'apprendimento da un lato sono facilitati all'interno di organizzazioni che condividono le informazioni e che riconoscono il valore dei dati, anche attraverso il sistema di premi e ricompense, dall'altro saranno osteggiati in aziende connotate da un

clima di profonda competizione, all'interno delle quali vi è una scarsa condivisione delle informazioni (Atchison, 1999, Loftus, 2010, Mannion et al., 2010, cit.in Willis et al., 2016).

In conclusione, è importante sottolineare come i sei principi esposti non rappresentino una guida che investe la totalità delle dimensioni del cambiamento organizzativo. Tuttavia, essi possono essere ugualmente considerati come uno strumento valido per cercare di ottenere cambiamenti culturali positivi all'interno delle aziende socio-sanitarie. Tale paragrafo ha approfondito la cultura organizzativa dei servizi socio-sanitari in generale, ma, al fine di analizzare la struttura culturale di un Servizio per le Dipendenze, è necessario restringere ancora di più il focus. Per tale ragione, il prossimo capitolo presenterà la realtà delle dipendenze, evidenziandone le caratteristiche, le tipologie e il trattamento necessario.

# CAPITOLO III

## LA REALTÀ DELLE DIPENDENZE: APPROCCI E TRATTAMENTI

### 3.1 LE DIPENDENZE TRA APPROCCI E DEFINIZIONI

#### 3.1.1 Definire la dipendenza: la posizione dell'OMS e del DSM V

Al fine di poter comprendere il contesto nel quale è inserita la ricerca, appare fondamentale approfondire la tematica delle dipendenze, presentandone i diversi approcci, le differenti modalità di trattamento e il ruolo che l'assistente sociale ricopre all'interno tale ambito.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (2022) definisce la dipendenza da sostanze come una “condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione”.

Nella visione medico-psichiatrica, le droghe rappresentano sostanze psicoattive di origine naturale o sintetica, capaci, se assunte, di avere un impatto sul sistema nervoso centrale attraverso l'alterazione della trasmissione dei segnali e delle informazioni tra le cellule nervose, determinando un rallentamento o la stimolazione della formazione di sostanze neuro trasmettitorie. Il consumo di tali sostanze causa, inoltre, la compromissione degli equilibri psicologici e dei regolari processi psichici quali emozioni, percezioni pensieri, apprendimento e memoria (Panebianco, 2019).

Facendo riferimento all'utilizzo di tali sostanze, il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V, 2013/2014) individua il “Disturbo da Uso di Sostanze”, il quale corrisponde ad “una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a disagio o compromissione clinicamente significativi”.

Il DSM V (2013/2014), tra le classi di sostanze dalle quali può nascere tale Disturbo, indica l'alcol, la caffeina, la cannabis, gli oppiacei, gli allucinogeni, gli inalanti, i sedativi, gli ipnotici, gli ansiolitici, gli stimolanti, il tabacco e altre (o sconosciute) sostanze. Tutte queste sostanze, infatti, qualora vengano assunte in eccesso, provocano l'attivazione diretta del sistema cerebrale di ricompensa, il quale è coinvolto nel rafforzamento dei comportamenti e nella produzione dei ricordi. Esse inducono un'attivazione talmente

intensa del sistema di ricompensa che il soggetto può arrivare a trascurare le normali attività quotidiane.

Il Disturbo da Uso di Sostanze può assumere forme e indurre sintomi differenti in base alla specifica sostanza. Tuttavia, al fine di comprendere quali siano gli effetti di tale fenomeno, è possibile presentare i sintomi comuni a Disturbi legati ad alcune sostanze, tra le quali alcol e cannabis. Tali sintomi sono:

- *Tolleranza*, ovvero quel fenomeno per il quale la persona, al fine di raggiungere i medesimi effetti sul proprio corpo, deve aumentare il comportamento di uso (ad esempio intensificando la quantità o la frequenza delle assunzioni);
- *Astinenza*, la quale si manifesta con sintomi emotivi o fisici che insorgono in assenza del comportamento di assunzione;
- *Interruzione o riduzione delle attività sociali, lavorative o ricreative*, dovuta all'utilizzo della sostanza, la quale, in modo sempre maggiore nel corso del tempo, provoca danni al funzionamento del soggetto;
- *Tentativi infruttuosi di ridurre e controllare l'uso*, legati al fatto che la persona, spesso, prima di chiedere aiuto, tenta di ridurre o di controllare l'utilizzo, convinta di poter conciliare l'assunzione della sostanza con la propria vita e con i propri doveri;
- *Dispendio di tempo*, il quale viene impiegato, anche per la sua totalità nei casi più gravi, per la ricerca, per il consumo e per riprendersi dagli effetti di quanto assunto;
- *Perdita di controllo sull'uso*, che si presenta quando il comportamento patologico di uso della sostanza tende a manifestarsi malgrado gli effetti negativi che comporta e nonostante la coscienza di essi da parte della persona, divenendo un comportamento di consumo compulsivo;
- *Uso continuativo nonostante la cognizione che la droga rappresenti un problema*, conducendo i soggetti a continuare il rapporto con la sostanza, anche quando vi è la consapevolezza che ciò comporti rischi per la salute e per le relazioni familiari ed amicali;
- *Uso ricorrente con incapacità ad adempiere ai propri compiti*, giungendo a perdere il lavoro, ad abbandonare gli studi, o smettendo di farsi carico dei propri compiti familiari o genitoriali;

- *Uso in situazioni a rischio*, poiché la persona, progressivamente, fatica sempre di più a stimare il rischio associato alle assunzioni, le quali divengono compulsive, avvertite come necessarie, anche in momenti potenzialmente pericolosi come quando si guida o quando si svolgono lavori che richiedono un certo livello di lucidità e razionalizzazione;
- *Uso ricorrente nonostante ciò determini problemi sociali o interpersonali*, conducendo i soggetti, come precedentemente affermato, a “sacrificare” le proprie relazioni affettive pur di mantenere il legame con la sostanza;
- *Craving*, ovvero il desiderio improvviso e irrefrenabile di procedere all’uso.

Il DSM V (2013/2014) considera Disturbo da Uso di Alcol o di Cannabis, ad esempio, la situazione nella quale si rileva un utilizzo che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi, con almeno due delle condizioni presentate, entro 12 mesi. La gravità di un Disturbo da Uso di Cannabis, inoltre, è considerata lieve alla presenza di due o tre sintomi, moderata in presenza di quattro o cinque sintomi e grave in presenza di sei o più sintomi.

Un’ulteriore tipologia di dipendenza, la quale non è inserita nei Disturbi da Uso di Sostanze ma che è fondamentale conoscere per poter comprendere il contesto di un Servizio per le Dipendenze, è rappresentata dal Disturbo da Gioco d’Azzardo. Il DSM V (2013/2014) lo inserisce all’interno dei Disturbi non correlati a sostanze e lo identifica nel comportamento persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo che comporta disagio o compromissione clinicamente significativi, come indicato da quattro o più delle seguenti condizioni, entro 12 mesi:

- Bisogno di quantità crescenti di denaro per ottenere l'eccitazione desiderata;
- Irrequietezza o irritabilità se si tenta di ridurre o di smettere di giocare d'azzardo;
- Ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o smettere di giocare d'azzardo;
- Preoccupazioni sul gioco d'azzardo;
- Spesso si gioca d'azzardo quando ci si sente a disagio;
- Dopo aver perduto denaro al gioco d'azzardo, spesso si torna un'altra volta per ritentare;
- Si mente per occultare l'entità del coinvolgimento;
- Si mette in pericolo o si perde una relazione significativa, il lavoro, opportunità di studio e di carriera;
- Si conta sugli altri per procurare il denaro.

La gravità del Disturbo da Gioco d'Azzardo è considerata lieve in presenza di quattro o cinque sintomi, moderata in presenza di sei o sette sintomi e grave in presenza di otto o nove sintomi.

Dopo aver chiarito che cosa si intende per dipendenza, è possibile approfondire tale concetto, esaminandone le cause e i fattori scatenanti. Il prossimo sottoparagrafo, dunque, analizzerà i diversi approcci al tema delle dipendenze, cercando di offrire un quadro teorico sulle radici della dipendenza.

### *3.1.2 I differenti approcci alle dipendenze*

Sono numerosi gli ambiti disciplinari e gli studi attraverso i quali, nel corso del tempo, si è cercato di delineare le cause del consumo di sostanze. I risultati di tali operazioni differiscono in base al focus sul quale viene posta l'attenzione (Panebianco, 2019).

Non tutte le persone che fanno uso di sostanze sviluppano una dipendenza. Secondo lo studio di Marel e colleghi (2019), ad esempio, la probabilità per chi consuma tali sostanze di sviluppare un Disturbo da Uso di Sostanze è del 45,7% per il Disturbo da Uso di Tabacco, del 44,7% per il Disturbo da Uso di Oppiacei, del 39,0% per il Disturbo da Uso di Stimolanti, del 34,5% per il Disturbo da Uso di Alcol e del 31,8% per il Disturbo da Uso di Cannabis.

Appare evidente, dunque, come alla base del passaggio dall'uso alla dipendenza vi debbano essere alcuni fattori di vulnerabilità, i quali possono condurre ad uno sviluppo di Disturbo da Uso di Sostanze. Questi possono essere di carattere individuale, genetico ed ambientale (Egervari et. al, 2018). Tale considerazione, tuttavia, non è sempre stata condivisa all'interno della letteratura. La psicologia, infatti, è stata a lungo caratterizzata dalla dicotomia natura-cultura, la quale vede opporsi alla visione secondo cui l'essere umano sarebbe esclusivamente il riflesso del proprio corredo genetico e biologico, la prospettiva per la quale questo sarebbe determinato dalla cultura in cui cresce (Kitayama & Salvador, 2017). È su tale distinzione che si sono evoluti anche gli studi sulle dipendenze. Da un lato si è sviluppato un filone che si è concentrato su particolari tratti genetici legati ai comportamenti patologici, i quali evidenziavano la presenza di specifici markers genetici nei consumatori patologici, dall'altro ha preso forma una tradizione secondo la quale i Disturbi da Uso di Sostanze sarebbero determinati, invece, da fattori ambientali esterni all'individuo.

Gli studi incentrati sui fattori genetici hanno dimostrato, ad esempio, che i figli maschi di genitori con Disturbo da Uso di Alcol hanno maggiore probabilità di sviluppare tale

patologia anche se sono stati adottati e sono cresciuti con altre persone che non presentavano tale problematica (Crabble, 2002, cit. in Camì & Farrè, 2003). Un'ulteriore evidenza fornita da tale filone di ricerche è rappresentata dal fatto che individui con alleli difettosi di citocromo P-450 2A6 \*2 e \*4, i quali compromettono il metabolismo della nicotina, fumano meno sigarette e sono meno inclini alla dipendenza (Rao et al., 2000, cit. in Camì & Farrè, 2003). L'idea secondo la quale sia la natura a determinare lo sviluppo delle dipendenze ha prodotto, inoltre, gli studi di Sipe e colleghi (2002, cit. in Camì & Farrè, 2003), di Kreek e colleghi (2012) e di Kreek e Reed (2021), i quali hanno mostrato come specifici polimorfismi di geni che codificano per alcuni recettori degli oppioidi siano saldamente associati allo sviluppo di forme di dipendenza e come differenti varianti genetiche possano influenzare la risposta al trattamento farmacologico con metadone.

L'applicazione della genetica al fine di ricercare le cause della dipendenza ha permesso di individuare una serie di costellazioni genetiche capace virtualmente di dividere la popolazione in gruppi a basso, moderato e alto rischio per lo sviluppo di forme di Disturbo da Uso di Sostanze. Tale prospettiva rappresenta indubbiamente una chiave interpretativa innovativa ed interessante, tuttavia essa appare parziale, poiché anche i fattori ambientali giocano un ruolo rilevante (Nava & Sanavio, 2022). Esempi di tali fattori possono essere lo stress, errati stili di vita, bassa scolarità, esperienze individuali traumatiche (Enoch, 2012) e i disturbi dell'attaccamento (Strathearn et al., 2019). L'impatto degli elementi ambientali è sottolineato, inoltre, da diversi studi condotti su coppie di gemelli omozigoti cresciuti in famiglie affidatarie differenti, i quali hanno dimostrato come l'ambiente possa determinare effetti diversi su identici background genetici (Lopez-Quintero et al., 2011). Gli autori che si occupano di dipendenze non sono divisi solamente in merito alle cause di quest'ultime, bensì anche a riguardo dei meccanismi neurobiologici che le caratterizzano. Sono numerose, infatti, le teorie evidence based che cercano di spiegare la neurobiologia dell'*addiction*. Tra quelle maggiormente riconosciute, vi sono la teoria della *sensitizzazione incentiva*, la teoria della *regolazione edonica* o *opponente*, la teoria dell'*aberrant learning behaviour* e la teoria dell'*anti-reward* (Nava & Sanavio, 2022). Secondo la teoria della *sensitizzazione incentiva*, il consumo reiterato di una sostanza può provocare una serie di neuroadattamenti che causano una sensitizzazione dei sistemi dopaminergici, innescando una iper-risposta agli stimoli e al desiderio di utilizzare la sostanza, generando il *craving* (Berridge & Robinson, 2016; Elman & Borsook, 2016; Robinson & Berridge, 2008). Con il passare del tempo, l'uso prolungato della sostanza

comporterà una riduzione della “sensibilità” gratificante generata dagli stimoli legati all’uso della sostanza, conducendo il soggetto ad aumentarne l’utilizzo (Noël, Brevers, & Bechara, 2013).

La teoria della *regolazione edonica* o *opponente*, si fonda sull’idea secondo la quale l’effetto di gratificazione iniziale, stimolato dall’utilizzo della sostanza, avrebbe la capacità di indurre cambiamenti omeostatici a livello cerebrale finalizzati a controbilanciare l’azione stimolata. È a causa di questo effetto opponente che si genererebbero la dipendenza, la tolleranza e il *craving*. All’interno di tale teoria, la formazione dell’*addiction* sarebbe caratterizzata da un processo a spirale di tre fasi: lo stadio dell’anticipazione, contraddistinto dal bisogno di consumare la sostanza anche di fronte ad eventuali conseguenze negative, con il conseguente sviluppo di *craving*; il momento in cui il soggetto necessita di quantità di sostanza maggiori per ottenere gli effetti edonici precedentemente provati con dosi inferiori, comportando quella che viene definita *binge intoxication*, ossia un utilizzo intenso; l’ultima fase, dominata dagli effetti negativi, è costituita dalle conseguenze anedoniche e da un intenso *craving* (Koob & Le Moal, 2001; 2008).

La teoria dell’*aberrant learning behaviour* prevede, invece, che la ricerca della sostanza non sia legata solamente allo stimolo, ma anche a processi cognitivi maggiormente complessi come la memoria e l’aspettativa della ricompensa, le quali sono influenzate dal contesto di riferimento (Gardner, 2011). I sostenitori di tale teoria, inoltre, ritengono che l’*addiction* sia il risultato di un processo costituito dal momento di assunzione volontaria, il quale può condurre ad un aumento dell’utilizzo, dalla fase di perdita del controllo all’interno della quale si sviluppa un *habit*, ovvero un comportamento abituale, e dallo stadio in cui il soggetto è spinto in maniera incontrollata dallo stimolo ad assumere la sostanza (Dalley, Everitt, Robbins, 2011; Everitt & Robbins, 2005; Everitt et al., 2008).

La teoria dell’*anti-reward* individua nell’effetto del rinforzo negativo provocato dal consumo della sostanza la causa del mantenimento dei comportamenti di dipendenza. Secondo tale prospettiva, sono tre gli aspetti fondamentali: gli effetti gratificanti delle sostanze, in grado di stimolare gli effetti rinforzanti e quindi aumentare la probabilità che il soggetto possa farne uso nuovamente nel futuro prossimo; l’astinenza, caratterizzata dal rinforzo negativo scaturito dall’assenza della sostanza, il quale conduce ad uno stato affettivo negativo che spinge l’individuo a consumare ancora per porvi rimedio; il *craving*, ovvero il desiderio improvviso ed irrefrenabile di ricorrere all’uso, il quale



rinforza il comportamento "addittivo" e la compulsione finalizzati a fruire dell'oggetto di desiderio (Kakko et al., 2019; Koob & Volkow, 2010; Volkow, Koob, McLellan, 2016). La tematica della dipendenza può essere affrontata anche utilizzando strumenti di analisi sociologici. Tale disciplina, infatti, nel corso del tempo, ha prodotto numerosi modelli e teorie finalizzati all'interpretazione di tale fenomeno.

La teoria dell'anomia sottolinea come l'uso di sostanze possa proliferare nella comunità in cui le norme sociali perdono significato e non coincidono con i principi degli individui, generando confusione e isolamento individuale. Secondo tale teoria il consumo sarebbe la risposta dell'individuo a questi fattori (Merton, 1983).

Nel modello dell'adattamento, la dipendenza è considerata un tentativo di far fronte al fallimento nel raggiungere approvazione sociale, competenza e fiducia in sé stessi. In tali situazioni, alcune persone preferirebbero identificarsi come tossicodipendenti, "accettando" così lo stigma e i problemi conseguenti, piuttosto che essere prive di una definizione sociale (Alexander, 2000).

La teoria della devianza della sottocultura e della cultura pone l'accento sul fatto che, all'interno della sottocultura della droga, il valore fondamentale diviene l'euforia raggiunta attraverso il consumo di essa. Chi sposa tale approccio considera l'uso di sostanze come una scelta personale, ma concentra la propria attenzione nella relazione tra culture dominanti, culture della droga e il percorso di sviluppo dell'identità sociale, ritenendo questi ultimi elementi decisivi per l'output finale (Golub et al., 2005).

L'approccio degli interazionisti simbolici vede l'uso di droghe come risultato delle relazioni tra individui, i quali apprendono comportamenti relativi alle sostanze dagli altri, scoprendo nella relazione con l'altro che esse rappresentano qualcosa di piacevole (Barkan, 2013).

Infine, vi sono teorie sociologiche che spiegano l'uso di sostanze come il risultato delle disuguaglianze e del conflitto sociale (Barkan, 2013), come l'effetto dei valori e dei comportamenti del proprio gruppo sociale e dei media, o, come l'esito delle dinamiche del quartiere in cui si vive (Keene et al., 2009; Shaw, 1942; Park & Burgess, 2019).

Alla luce dei differenti approcci presentati, appare evidente come il fenomeno delle dipendenze sia multifattoriale e complesso. Per essere compreso, dunque, esso non può essere analizzato attraverso un modello unidimensionale (Du Plessis, 2012), ma deve essere osservato mediante teorie capaci di cogliere gli aspetti biologici, psicologici e sociologici (Griffiths, 2005; Du Plessis, 2012).

Tale multidimensionalità è una delle caratteristiche fondamentale anche degli approcci terapeutici alle dipendenze, i quali saranno l'argomento del prossimo paragrafo.

### **3.2 I POSSIBILI INTERVENTI**

Le persone interessate da un Disturbo da Uso di Sostanze presentano bisogni sotto il profilo medico, psicologico e sociale e per tale motivo necessitano di un trattamento multidimensionale. Tale paragrafo si concentra sulle tipologie di intervento che si possono attivare all'interno di un Servizio per le Dipendenze e sulla cui efficacia vi sono maggiori evidenze empiriche.

#### *3.2.1 Colloquio motivazionale*

Per quanto riguarda gli interventi psicosociali, sono numerosi gli studi che dimostrano come questi permettano di promuovere il cambiamento comportamentale (Hubbard et al., 1997; Marel et al., 2011; Jhanjee et al., 2014).

All'interno della letteratura scientifica, un primo modello di intervento che è riconosciuto efficace nel trattamento del Disturbo da Uso di Sostanze, o del Disturbo da Gioco d'Azzardo, è rappresentato dal *Motivational Interviewing*, ovvero dall'intervista, o colloquio, motivazionale. Tale metodologia è una forma di relazione d'aiuto, di tipo professionale, che origina anche dalla necessità di concedere spazio al dialogo e all'ascolto, soprattutto nelle situazioni in cui la sofferenza e le contraddizioni soggettive vissute dalla persona sono profonde e rilevanti (Guelfi et al., 2014). Essa è composta da una serie di strategie specifiche, che seguono il rispetto dell'autonomia e dei valori della persona, finalizzate a massimizzare le probabilità di intraprendere un percorso di cambiamento (Scagliusi, Scaglia, Spiller & Venuti, 2011). Miller e Rollnick (2014) definiscono il colloquio motivazionale come "uno stile di comunicazione collaborativo e orientato, che presta particolare attenzione al linguaggio del cambiamento, progettato per rafforzare la motivazione personale e l'impegno verso un obiettivo specifico, attraverso la facilitazione dell'esplorazione delle ragioni proprie della persona per cambiare, il tutto in un'atmosfera di accettazione di aiuto". Esso è centrato sulla persona, dal momento che si focalizza sulle sue preoccupazioni e prospettive e non ha come obiettivo quello di insegnare nuove conoscenze o capacità, o di scavare nel passato, ma quello di occuparsi dei pensieri attuali dell'individuo, esplorando la frattura interiore e potenziandola. Tale metodologia è, inoltre, direttiva, poiché è orientata alla risoluzione dell'ambivalenza in

funzione di una modifica positiva del comportamento, attraverso l'evocazione delle motivazioni della persona. L'obiettivo, dunque, è di riuscire ad evocare la formulazione di affermazioni volte al cambiamento da parte del soggetto, facilitando, in un secondo momento, il cambiamento positivo della dimensione ritenuta problematica (Miller & Rollnick, 2014). Al fine di raggiungere tali risultati, il colloquio motivazionale prevede una fase di creazione della relazione attraverso l'accoglienza, l'empatia e la fiducia, un momento in cui si mette a fuoco l'area problematica, uno step in cui si evoca la motivazione della persona attraverso l'ascolto attivo e, infine, una fase di pianificazione nella quale si delinea un piano d'azione e si stabiliscono eventuali strumenti o persone da attivare e coinvolgere nella fase di monitoraggio (Guelfi et al., 2014; Miller & Rollnick, 2014).

L'efficacia del colloquio motivazionale nell'ambito delle dipendenze è riconosciuta da numerose ricerche. Uno studio di Brown e Miller (1993) ha dimostrato che questa metodologia aumenta la partecipazione al trattamento e aiuta a ridurre in modo significativo il consumo di sostanze alcoliche da parte di persone con Disturbo da Uso di Alcol tre mesi dopo l'intervento terapeutico. A sostegno di tali evidenze è possibile citare, inoltre, le review di Hettema, Steele e Miller (2005) e di Vasilaki, Hosier e Cox (2006), le quali hanno confermato l'efficacia del colloquio motivazionale nel trattamento di persone con Disturbo da Uso di Sostanze, soprattutto se giovani e, in particolare, entro i primi tre mesi. La review di Yakovenko e colleghi (2015) ha dimostrato la sua efficacia anche per il gioco d'azzardo patologico, specificamente per gli interventi di breve durata. Infine, tale metodologia risulta avere un'efficacia maggiore quando il suo utilizzo è integrato con quello di altri interventi psicosociali standard (Rohsenow et al., 2001; Steele & Miller, 2005).

### *3.2.2 Interventi Cognitivo-Comportamentali*

Gli interventi Cognitivo-Comportamentali (sviluppati nell'ambito della *Cognitive Behavioral Therapy, CBT*) sono costituiti da una serie di approcci basati sul principio dell'apprendimento e sull'idea che il comportamento sia influenzato dai processi cognitivi. Essi rappresentano un intervento psicologico strutturato e limitato nel tempo che si concentra sulla modifica dei pensieri irrazionali, sulla gestione dell'umore negativo e sulla prevenzione e sulla gestione della ricaduta.

Un intervento Cognitivo-Comportamentale è rappresentato dal *Contingency Management*, ovvero dalla gestione delle contingenze, la quale ha l'obiettivo di

contrastare il potente effetto del rinforzo dato dall'assunzione delle sostanze, attraverso programmi di rinforzo stabili o crescenti, tra i quali gli screening tossicologici e la costanza nell'assunzione del farmaco (McHug et al., 2010).

Un ulteriore approccio Cognitivo-Comportamentale è caratterizzato dalla prevenzione delle ricadute attraverso l'analisi funzionale dei fattori scatenanti di uso della sostanza, l'apprendimento sistematico di risposte a tali elementi e lo sviluppo della capacità di problem solving, di rifiuto della sostanza e di coping (McHug et al., 2010).

Dal momento che il Disturbo da Uso di Sostanze ha rilevanti legami con l'ambiente in cui la persona è inserita, sono stati sviluppati interventi Cognitivo-Comportamentali che coinvolgono la comunità attraverso l'inclusione della persona in attività quotidiane non legate alla sostanza, come il rinforzo comunitario (*Community Reinforcement Approach, CRA*), o che si basano sul supporto di una persona cara come la *Behavioral Couples Therapy (BCT)*, ovvero la terapia comportamentale di coppia.

Inoltre, come nel caso del colloquio motivazionale, anche le tecniche Cognitivo-Comportamentali possono essere combinate con la farmacoterapia e con altri approcci psicosociali (McHug et al., 2010).

I differenti modelli Cognitivo-Comportamentali variano a seconda dei protocolli utilizzati e della sostanza in questione, tuttavia essi presentano anche caratteristiche comuni. Tra queste vi sono sicuramente la concettualizzazione del caso e l'analisi funzionale. Appare fondamentale, infatti, cercare di comprendere da un lato i fattori personologici, affettivi, sociali e ambientali che contraddistinguono la specifica situazione, dall'altro l'identificazione degli antecedenti e delle motivazioni dei fattori scatenanti per l'uso. Tali elementi sono fondamentali per capire se le sostanze vengono utilizzate come parte di repertori sociali, utilizzate per potenziare attività positive o utilizzate per far fronte a situazioni o emozioni difficili (McHug et al., 2010).

Tutti gli approcci Cognitivo-Comportamentali, inoltre, dopo aver analizzato le situazioni ad alto rischio, concentrano la propria attenzione sugli sforzi per diminuire la probabilità che queste si ripetano. Possono essere proposte, dunque, attività alternative non farmacologiche o possono essere implementati interventi atti a fronteggiare distorsioni cognitive e razionalizzazioni che conducono il soggetto a consumare la sostanza. Questi ultimi possono offrire all'individuo valutazioni alternative e maggiormente adattive, e una psicoeducazione sulla natura di tali pensieri e sul ruolo che possono svolgere nel recupero (McHug et al., 2010).

Infine, un'ultima caratteristica comune a tutti i percorsi Cognitivo-Comportamentali nell'ambito del Disturbo da Uso di Sostanze è rappresentata dalla formazione delle competenze. Tali interventi dovrebbero mirare ad aumentare le abilità interpersonali, di gestione delle emozioni e degli obiettivi. Le persone, grazie al trattamento, dovrebbero acquisire, infatti, la capacità di riparare le difficoltà relazionali, di servirsi del supporto sociale, di utilizzare una comunicazione efficace, di rispondere con tolleranza ed efficacia al disagio e di porsi obiettivi a breve e lungo termine (McHug et al., 2010).

Le evidenze empiriche dell'efficacia degli interventi Cognitivo-Comportamentali nel trattamento dei Disturbi da Uso di Sostanze e da Gioco d'Azzardo sono molteplici: questi, infatti, costituiscono l'approccio maggiormente efficace nella terapia per soggetti dipendenti da alcol, sostanze e gioco patologico (McRae, Budney & Brady, 2003; Weisner, Matzger & Kaskutas, 2003; Ahijado et al., 2022) e rappresentano una metodologia positivamente accettata dalle persone (Ellis & Smith, 2002). Infine, gli interventi di tipo Cognitivo-Comportamentale possono estendere la loro efficacia oltre il periodo di trattamento, proteggendo gli individui anche al termine del percorso terapeutico (McLellan & Meyers, 2004).

### *3.2.3 Modello di Prevenzione della Ricaduta*

L'approccio *Relapse Prevention (RP)* è costituito da un modello Cognitivo-Comportamentale per la prevenzione delle ricadute attraverso la *mindfulness*. Tale tecnica è finalizzata al sostegno delle persone nell'accettare la loro condizione di fallibilità, arrivando a considerare la ricaduta come un incidente di percorso che può rivelarsi utile in quanto esperienza di apprendimento. Il professionista accompagna i soggetti nell'analisi delle potenziali fonti di stress, affinché questi divengano supervisor attivi e acquisiscano la responsabilità nel prevedere le situazioni che potrebbero ricondurli ad una ricaduta (Larimer et al. 1999).

Il modello RP alla fine degli anni novanta ha subito una riformulazione dovuta ad una revisione del concetto di ricaduta. Questa, all'interno della nuova versione, viene considerata come un fenomeno complesso e non lineare determinato nella tempistica e nella gravità da elementi differenti ed interattivi fra di loro. La ricaduta, infatti, viene influenzata da fattori di rischio quali i tratti di personalità, la genetica, i rapporti sociali e la sensibilità metabolica alle sostanze. L'aggiornamento del modello, inoltre, ha introdotto i concetti di processi tonici e di risposte fasiche. I primi rappresentano fattori o condizioni di lungo termine che possono aumentare la suscettibilità di una persona a

ricadere nella dipendenza. Tali fattori possono essere radicati profondamente e avere un effetto costante sul soggetto. Esempi di tali elementi possono essere il livello di stress cronico, la presenza di disturbi mentali sottostanti o il livello di coinvolgimento sociale della persona. Questi processi, dunque, rendono un soggetto più vulnerabile alla ricaduta nel tempo. Al contrario, le risposte fasiche costituiscono la dimensione immediata e transitoria del processo di ricaduta. Fanno riferimento alle situazioni o agli stimoli specifici che scatenano il desiderio immediato di consumare la sostanza. Esempi di tali fattori potrebbero essere la presenza di alcol per una persona con dipendenza da alcol o l'odore di un pacchetto di sigarette per una persona con dipendenza da nicotina. Tali stimoli attivano una reazione rapida che porta ad un aumento dell'urgenza di fare uso della sostanza. Sintetizzando, dunque, il nuovo modello aiuta ad individuare, in modo dicotomico, “chi” appare più vulnerabile alla ricaduta, attraverso l'osservazione di processi tonici e “quando” la ricaduta ha più probabilità di manifestarsi, mediante la rilevazione di processi fasici (Larimer et al. 1999).

Infine, un percorso di prevenzione della ricaduta dovrebbe favorire lo sviluppo di abilità per gestire il *craving* e altre emozioni dolorose senza ricorrere all'uso di sostanze e per far fronte agli errori, permettendo di raggiungere un equilibrio nello stile di vita (Wanigaratne et al., 2005).

L'efficacia degli interventi basati sul modello *Relapse Prevention* nel trattamento di persone con Disturbo da Uso di Sostanze e di Gioco d'Azzardo è dimostrata da numerosi studi, tra i quali è possibile citare quelli di Irvin e colleghi (1999), di Feeney e colleghi (2002) e di Echeburúa, Fernández-Montalvo e Báez (2000).

### 3.2.4 Interventi sostitutivi o farmacologici

Uno dei trattamenti farmacologici maggiormente utilizzati nella terapia per il Disturbo da Uso di Sostanze è rappresentato dalla sostituzione agonista. Questo tipo di terapia si basa sull'uso di un farmaco agonista, il quale agisce sui medesimi recettori neurali della sostanza oggetto di dipendenza. Le conseguenze del rinforzo delle sostanze sono dovute alla rapidità dell'assorbimento e dell'insorgenza dell'effetto, mentre gli alti e bassi nei livelli ematici contribuiscono ai sintomi di astinenza e al desiderio della sostanza. I farmaci agonisti, invece, hanno la caratteristica di essere assorbiti e smaltiti molto più lentamente, producendo poca o nessuna euforia o indebolimento e mitigando i sintomi di astinenza e il desiderio incontrollato di assumere la sostanza. Tale approccio sembra essere maggiormente efficace se somministrato per contrastare la dipendenza da sostanze

che imitano un neurotrasmettitore che di per sé è un agonista diretto di uno specifico recettore, come nel caso del recettore nicotinico o degli oppioidi. Molto efficaci si rivelano, dunque, il metadone nella terapia per l'eroina, la buprenorfina per gli oppioidi e la vareniclina per il trattamento del tabagismo. Al contrario, il trattamento mediante farmaci agonisti appare meno efficace con sostanze additive come alcol e cocaina, le quali possono essere caratterizzate da un'azione antagonista indiretta (Raby et al., 2015).

Un'ulteriore tipologia di trattamento per il Disturbo da Uso di Sostanze consiste nell'utilizzo di un farmaco antagonista al fine di bloccare gli effetti biochimici e di rinforzo della sostanza. Questi farmaci, infatti, agiscono legandosi a specifici recettori, impedendo alle sostanze che creano dipendenza di attivare tali recettori e di conseguenza riducendo o eliminandone gli effetti. Un esempio di tale trattamento può essere l'uso del naltrexone (antaxone), il quale agisce sui ricettori degli oppioidi bloccandone gli effetti come euforia, rinforzo e l'aspetto analgesico. Alcuni antagonisti dei ricettori degli oppioidi, inoltre, si rilevano efficaci nel trattamento del gioco d'azzardo patologico, per il quale però non vi sono terapie ufficialmente riconosciute (Potenza et al., 2019). Altri esempi possono essere il disulfiram, utilizzato nella terapia per la dipendenza da alcol e la mecamilamina, antagonista della nicotina. Il disulfiram è considerato un antagonista poiché inibisce l'enzima denominato deidrogenasi, alterando il metabolismo epatico dell'alcol, causando un accumulo di acetaldeide, provocando nausea, vomito, palpitazioni e sudorazione, e agendo, quindi, da deterrente. È importante sottolineare, infine, che affinché i farmaci antagonisti abbiano effetto, questi devono essere assunti con regolarità. Tuttavia, i soggetti che presentano un Disturbo da Uso di Sostanze tendono ad abbandonare il farmaco per ritornare a consumare la sostanza in questione (Raby et al., 2015).

Nel mezzo del continuum tra agonisti e antagonisti puri, vi sono poi gli agonisti parziali ad alta affinità, i quali legano gli specifici recettori, ma li attivano solo parzialmente. Di conseguenza, tali farmaci riducono i sintomi di astinenza e compensano parzialmente gli effetti dell'agonista, presentando un minor rischio di abuso e un migliore profilo di sicurezza. Esempi possono essere il buprenorfina per gli oppioidi e la vareniclina per la nicotina (Raby et al., 2015).

Soprattutto per cercare di far fronte ai Disturbi da uso di alcol e cocaina sui quali le classiche terapie agoniste ed antagoniste non hanno effetto, sono state sviluppate le strategie di modulazione indiretta. Queste agiscono sui sistemi neurochimici che stanno alla base della risposta di adattamento generale (*General Adaptive Syndrome - GAS*). Tra

questi, i principali sono il GABA (acido  $\gamma$ -aminobutirrico), un neurotrasmettitore inibitore il quale ha un effetto calmante sul sistema nervoso, la cui alterazione può portare un'elevata eccitazione neurale, contribuendo all'intensa ricerca della sostanza, gli amminoacidi eccitatori (EAAs) come il glutammato, e i sistemi neuropeptidergici quale, ad esempio, il fattore di rilascio della corticotropina (CRF), i quali sono coinvolti nella risposta allo stress e possono innescare una risposta di combattimento o fuga, aumentando il desiderio di consumare la sostanza. Esempi di farmaci a modulazione indiretta sono l'acamprosato per l'alcol e il topiramato per alcol e cocaina (Hall et al., 2004, cit. in Raby et al., 2015).

Infine, numerose persone che presentano un Disturbo da Uso di Sostanze possono manifestare anche, in ordine decrescente di forza e di associazione, personalità antisociale, schizofrenia, disturbo bipolare, disturbi d'ansia e disturbi depressivi. Per tale ragione, all'interno di un trattamento per Disturbo da Uso di Sostanze e da Gioco d'Azzardo, è frequente l'utilizzo di farmaci utili a contrastare tali patologie. Tra questi, i più somministrati sono gli antidepressivi, i quali si mostrano efficaci sia per persone alcolodipendenti, sia tossicodipendenti, sebbene per quest'ultimi i dati siano meno coerenti (Nunes & Levin, 2004, Torrens et al., 2005 cit. in Raby et al., 2015).

Per concludere, è importante sottolineare come le evidenze empiriche mostrino che i trattamenti farmacologici per il Disturbo da Uso di Sostanze e da Gioco d'Azzardo aumentino la loro efficacia quando vengono integrati con trattamenti di tipo psicosociale (Dugosh et al., 2014; Veilleux, 2010).

### **3.3 IL SERVIZIO PER LE DIPENDENZE E IL RUOLO DELL'ASSISTENTE SOCIALE**

#### *3.3.1 Il SerD*

Dopo aver esposto le caratteristiche dei Disturbi da Uso di Sostanze e da Gioco d'Azzardo e i relativi interventi terapeutici, al fine di comprendere il contesto all'interno del quale è inserita la ricerca presentata in questa tesi, appare indispensabile chiarire che cosa si intenda per Servizi per le Dipendenze e quali siano i loro compiti e le loro funzioni.

I Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) sono stati istituiti con Legge 162 del 1990, la quale ha attribuito loro la gestione delle attività di prevenzione primaria e delle patologie correlate, di cura, di riabilitazione e di reinserimento sociale e lavorativo di persone tossicodipendenti.



La Legge 16 maggio 2014, n. 79 ha trasformato i SerT in Servizi per le Dipendenze (SerD), i quali, a seguito della modifica, hanno il compito di accogliere persone con dipendenze da alcol, tabacco, sostanze illegali, gioco d'azzardo patologico e videogiochi. Essi fanno parte dei Dipartimenti delle Dipendenze delle Aulss e dovrebbero godere di autonomia tecnico gestionale, essere ben distinti e non inglobati nei Dipartimenti di Salute Mentale ed avere un assetto organizzativo autonomo e di tipo strutturale, disponendo, dunque, di un proprio budget e di una propria responsabilità di spesa (Dipartimento per le politiche antidroga, n.d.).

Il SerD è un presidio sanitario specialistico all'interno del quale prestano servizio, solitamente, medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali ed educatori professionali (Ziliani & Rovai, 2020). Tale servizio ha il compito di redigere un profilo individuale finalizzato alla realizzazione di un trattamento personalizzato. Esso ha, inoltre, l'incarico di inviare le persone che ne presentano il bisogno a strutture di cura residenziali e semiresidenziali, al fine di svolgere un percorso terapeutico mirato. Il SerD si occupa, poi, di erogare le cure necessarie, somministrando farmaci come metadone e buprenorfina, effettuando terapie socio-educative e psicologiche, sia con il singolo sia con la famiglia e, in qualche caso, offre il trattamento all'interno di una propria Comunità Terapeutica. Un ulteriore onere di tale servizio è quello di pagare tutte le prestazioni erogate ad una persona che presenta una dipendenza, in ragione del proprio stato (Nizzoli, 2004).

Infine, il SerD stipula convenzioni con le realtà private del territorio e rappresenta "lo strumento pubblico per effettuare il controllo e la vigilanza sui servizi privati affinché rispondano ai requisiti previsti dalla Legge" (Nizzoli, 2004, p. 95).

### *3.3.2 Il ruolo dell'assistente sociale*

Per completare la panoramica sul contesto della ricerca, appare fondamentale, infine, approfondire il ruolo che riveste la figura dell'assistente sociale all'interno di un Servizio per le Dipendenze.

"L'Assistente Sociale è un operatore sociale che, agendo secondo i principi, le conoscenze e i metodi specifici della professione, svolge la propria attività nell'ambito del sistema organizzato delle risorse messe a disposizione dalla comunità, a favore di individui, gruppi e famiglie, per prevenire e risolvere situazioni di bisogno, aiutando l'utenza nell'uso personale e sociale di tali risorse, organizzando e promuovendo prestazioni e servizi per una maggiore rispondenza degli stessi alle particolari situazioni di bisogno e

alle esigenze di autonomia e responsabilità delle persone, valorizzando a questo scopo tutte le risorse della comunità" (Ministero dell'Intero, 1984, cit. in Ziliani & Rovai, 2020, p. 24). Tale professionista, dunque, è chiamato ad individuare i bisogni delle persone, a farsi promotore di tali necessità e ad attivare e coordinare le risorse disponibili nel territorio che possono aiutare e accompagnare il soggetto durante il percorso di trattamento. L'assistente sociale, in altre parole, rappresenta la "cerniera" in grado di mettere in relazione la persona, il sistema istituzionale e la comunità (Ziliani & Rovai, 2020).

Secondo Campanini (2020), l'assistente sociale, nell'ambito delle dipendenze, ha il compito di comprendere come e quanto la presenza dei fattori di rischio che hanno determinato la problematicità della dipendenza abbiano una ricaduta sul benessere sociale della persona e della sua rete di supporto. Le funzioni di tale figura all'interno dei SerD comprendono la prevenzione, la riabilitazione, l'advocacy ed attività di consulenza e formazione. Più nello specifico, tale figura si occupa dei colloqui con le persone, con i familiari e con i caregiver, di redigere valutazioni e programmi individualizzati, del segretariato sociale, delle relazioni e del rapporto con i Tribunali, degli inserimenti in Comunità e/o Centri Diurni e di attività di coordinamento ed integrazione con altri assistenti sociali e operatori dei servizi specialistici. Una funzione chiave dell'assistente sociale all'interno di un Servizio per le Dipendenze è quella di aiutare la persona a risalire alle radici dell'*addiction*, ad individuare i fattori di rischio e di protezione, e a sviluppare la capacità di proteggersi da eventuali ricadute. Inoltre, tale professionista deve accompagnare la persona nella gestione della propria rete sociale, la quale, per chi ha sviluppato una dipendenza, può essere fragile e precaria.

Infine, come sottolineato da Zweben (1997, cit. in Straussner, 2001), l'assistente sociale nell'ambito delle dipendenze è chiamato anche a svolgere il ruolo del ricercatore, conducendo studi e ricerche che possano aumentare le conoscenze in tale campo e migliorare la pratica professionale.

# **CAPITOLO IV**

## **STRUTTURA E METODOLOGIA DELLA RICERCA**

### **4.1 PRESUPPOSTI DELLA RICERCA**

In generale, la realtà dei servizi e della pratica professionale, soprattutto per quanto riguarda l'ambito del servizio sociale, sembra attribuire scarsa importanza alla dimensione della ricerca: il mondo accademico è avvertito come un qualcosa di poco concreto e lontano dall'agire professionale, poiché viene percepito come distante dai problemi reali dei servizi e contraddistinto da letture ed interpretazioni di carattere marcatamente teorico. Per tali ragioni, il contesto italiano è caratterizzato da una logica riparativa, ovvero da un agire focalizzato sulla dimensione pratica e finalizzato a rispondere a situazioni di emergenza. La conseguenza di tale visione è che la ricerca viene considerata come un ramo accessorio dell'agire professionale: gli operatori faticano a comprendere che allontanarsi da una "cultura della ricerca" comporta una limitazione e, in qualche caso, la compromissione della propria attività professionale, poiché si rischia di mettere in atto interventi lontani dal reale bisogno del territorio e della propria realtà, sprestando così risorse ed energie.

Il SerD all'interno del quale è stata condotta l'indagine non sembra mostrare questa "avversione" al mondo della ricerca. Al contrario, il Servizio appare aperto ed orientato a tale dimensione: in équipe vengono presentate analisi e approfondimenti dell'utenza che accede al SerD, il Servizio organizza convegni scientifici nazionali, come, ad esempio, l'ultimo tenutosi sul Disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico, e anche alcuni professionisti si dimostrano aperti al mondo della ricerca, dal momento che raccolgono e conservano determinate tipologie di dati allo scopo di analizzarli ed elaborarli. Per tali ragioni, l'ambiente del Servizio è sembrato idoneo e favorevole alla conduzione di uno studio.

L'indagine è stata realizzata con il fine di fornire un contributo concreto al Servizio. Per tale motivo, essa è stata elaborata a partire da una possibile criticità rilevata all'interno del SerD, con lo scopo di far emergere aspetti ed elementi chiave per cercare di affrontarla. È doveroso sottolineare come tale criticità sia stata osservata durante un limitato periodo di tirocinio e per questo, senza un'indagine approfondita delle sue dinamiche e dei suoi presupposti, potrebbe risultare dipendente dalla prospettiva

dell'osservatore e dovuta esclusivamente a situazioni circostanziali. L'obiettivo della ricerca è stato dunque, in primo luogo, quello di analizzare la natura, la forma, le caratteristiche distintive di tale criticità organizzativa, per restituire al Servizio una lettura *evidence-based* di alcune dinamiche interne, e in secondo luogo quello di sviluppare una conoscenza critica dell'oggetto studiato che possa, senza pretesa di generalizzazione dati i limiti metodologici della ricerca, fornire una chiave di lettura scientificamente fondata di alcune tipiche problematiche organizzative del servizio sociale.

La criticità sulla quale è stata sviluppata la ricerca è legata al lavoro in équipe: da un lato si sono registrate frizioni e incomprensioni tra professionisti, dall'altro, in alcune situazioni, è stata osservata una difficoltà nel coordinare la presa in carico e il procedimento terapeutico decidendo di volta in volta con quali tempi e modalità coinvolgere le singole professionalità e competenze.

Per quanto riguarda gli attriti tra operatori, è doveroso sottolineare come l'ambiente lavorativo del Servizio sia buono e, mediamente, in armonia. Tuttavia, all'interno dell'Ambulatorio per le Tossicodipendenze, a volte, è stato percepito un clima di maggior tensione rispetto ad altri reparti: sono state osservate incomprensioni maggiormente frequenti fra gli operatori, i quali sono apparsi meno vicini fra di loro, facendo trasparire un lavoro di équipe maggiormente rigido e faticoso. Per tale ragione, si è cercato di elaborare una ricerca che fosse orientata a far emergere gli aspetti che impattano sul funzionamento dell'équipe. Nei presupposti dell'indagine, questi avrebbero potuto essere potenziati dal Servizio nel caso in cui il lavoro di équipe si fosse rivelato buono, mentre avrebbero potuto essere utilizzati come base per migliorare le dinamiche di collaborazione nel caso in cui esso avesse fatto emergere delle difficoltà.

La criticità legata alla difficoltà di scegliere i tempi e le modalità con cui coinvolgere un collega all'interno del processo terapeutico, invece, fa riferimento a situazioni in cui l'operatore da un lato non è sicuro se richiedere o meno l'aiuto di un'altra figura professionale poiché nutre dubbi riguardo alle tempistiche, temendo di agire con eccessiva celerità anche per situazioni che non richiederebbero l'intervento di un altro professionista, dall'altro è indeciso riguardo alle modalità, preoccupato del rischio di registrare freddezza da parte del collega, il quale potrebbe sentirsi scavalcato o, al contrario, inutilmente chiamato in causa. È necessario sottolineare come tale criticità non sembri verificarsi strutturalmente per ogni singolo caso, ma tenda ad emergere in specifiche situazioni. Queste difficoltà nel coinvolgere l'altro potrebbero essere dovute, oltre alla mancanza di tempo e di personale, anche a criticità presenti all'interno

dell'équipe, a modalità comunicative e di risoluzione dei contrasti poco efficaci e a dinamiche relazionali e di carattere organizzativo scarsamente adeguate alla realtà del Servizio. L'indagine ha, dunque, cercato di approfondire questi temi, provando ad offrire al SerD uno strumento che potesse aiutare a comprendere la causa delle difficoltà di coinvolgimento fra operatori, migliorando così la capacità di collaborazione e l'efficacia della propria équipe.

#### **4.2 OBIETTIVI E DOMANDA DI RICERCA**

Alla luce di quanto presentato, la ricerca si è concentrata sugli aspetti che ostacolano e che favoriscono il lavoro in équipe all'interno del SerD, cercando di evidenziare gli elementi su cui investire e cercando di fornire alcuni spunti per migliorare la collaborazione all'interno del Servizio.

L'obiettivo dell'indagine, dunque, è stato quello di fornire un contributo che mettesse in luce quali elementi i professionisti del SerD ritengono critici per la qualità del lavoro d'équipe, in relazione sia al funzionamento interno sia all'efficacia degli interventi.

Per raggiungere tale obiettivo, la domanda di ricerca che ha guidato l'indagine è stata: D. Quali aspetti, legati alla cultura organizzativa del Servizio e alle relazioni e comunicazioni inter-professionali e inter-personali, impattano sul funzionamento dell'équipe?.

Al fine di analizzare il lavoro di équipe all'interno del Servizio, è necessario conoscere anche la cultura organizzativa sulla quale esso è fondato, poiché: gli artefatti, ovvero la tecnologia, il lessico, i servizi forniti, la disposizione dell'ambiente fisico, ecc., influenzano il modo in cui gli operatori comunicano tra di loro; i valori condivisi e dichiarati dal SerD, guidano l'agire dei professionisti, assumendo la funzione di codice morale, di norme che indicano cosa sia giusto e cosa sbagliato; gli assunti di base, ovvero quei presupposti interiorizzati e seguiti spesso inconsapevolmente dai membri del gruppo, influenzano implicitamente il loro comportamento.

Dunque, per comprendere le interazioni fra i diversi professionisti, le metodologie di risoluzione dei contrasti e gli aspetti che ostacolano o favoriscono il lavoro d'équipe, è necessario approfondire anche la cultura organizzativa. Per tal ragione, la ricerca si è concentrata anche su tale aspetto del Servizio.

Al fine di cercare di comprendere sia le dinamiche interne al SerD, sia gli elementi della cultura organizzativa, quindi, l'obiettivo generale dell'indagine è stato declinato nei seguenti obiettivi specifici:

- indagare e confrontare, all'interno di una équipe in ambito delle dipendenze, le differenti definizioni di ruolo delle diverse figure professionali auto ed etero riferite da parte dei professionisti coinvolti;
- comprendere se, e in che modo, il ruolo professionale modifica l'idea di lavoro in équipe dei diversi operatori;
- comprendere quali aspetti favoriscono una buona collaborazione all'interno dell'équipe, e quali invece ne ostacolano il funzionamento;
- comprendere quali competenze sono ritenute necessarie dai professionisti per poter operare all'interno di un'équipe per le dipendenze;
- indagare quali emozioni i professionisti del SerD si trovano più spesso a vivere nel lavoro di équipe;
- comprendere quale sia la qualità della comunicazione fra i professionisti del SerD e come vengono risolti i conflitti fra operatori;
- indagare quali provvedimenti potrebbero essere introdotti per facilitare il lavoro in équipe all'interno di un Servizio per le dipendenze;
- indagare la mission e i valori sui quali si fonda il SerD;
- comprendere su quale tipo di cultura organizzativa si fonda il Servizio;
- confrontare i valori del Servizio con quelli dei professionisti, al fine di comprendere come eventuali conflitti tra di essi possano incidere sul lavoro di équipe.

#### **4.3 CONTESTO E POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO**

La ricerca è stata condotta all'interno del SerD di Castelfranco Veneto, il quale è inserito nel Distretto di Asolo dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana. Tale Servizio è diviso in due reparti: l'Ambulatorio Alcologia e Tabagismo e l'Ambulatorio Tossicodipendenze e Gioco d'Azzardo Patologico.

Nell'indagine sono stati coinvolti tutti i membri che compongono l'équipe dell'Ambulatorio per le Tossicodipendenze. È stato deciso di escludere dalla ricerca sia le assistenti amministrative, sia le psicologhe che seguono esclusivamente il Gioco d'Azzardo Patologico, poiché entrambe le figure non prendono parte alle équipe settimanali. La scelta di condurre le interviste all'interno dell'Ambulatorio per le Tossicodipendenza e non in quello di Alcologia e Tabagismo è stata dettata da due fattori: da un lato ha pesato il fatto che il primo può contare su di un gruppo di lavoro

maggiormente nutrito dal quale si possono ricavare, di conseguenza, maggiori informazioni; dall'altro all'interno del reparto per le Tossicodipendenze e il Gioco d'Azzardo Patologico si è registrata una maggiore difficoltà nel lavorare in équipe.

Su 14 operatori contattati, i rispondenti sono stati 12, ovvero circa l'87%, dei quali 3 medici, 3 infermieri, 2 psicologi, 2 assistenti sociali e 2 educatori professionali.

Infine, per indagare gli aspetti della cultura organizzativa, si è cercato di ricostruire la storia del Servizio attraverso le figure principali e gli eventi che hanno segnato il SerD di Castelfranco Veneto. Al fine di raggiungere tale obiettivo, sono stati selezionati 4 "informatori chiave" fra i membri dell'équipe dell'Ambulatorio Tossicodipendenze e Gioco d'Azzardo Patologico, i quali operano da molti anni nel Servizio, conoscendone, dunque, la storia.

#### **4.4 ACCESSO AL CAMPO**

Al fine di svolgere la ricerca all'interno del SerD di Castelfranco Veneto, è stata formulata una richiesta in équipe. Il team si è detto disponibile e ha aperto a tale possibilità. È stato presentato, quindi, alla Responsabile del Servizio un documento nel quale venivano esposti i temi d'indagine, lo strumento di ricerca proposto, la popolazione di riferimento coinvolta e le tempistiche previste per l'intera procedura di ricerca. Una volta ottenuti il consenso da parte della Responsabile e la comunicazione ufficiale in équipe dello svolgimento dell'indagine, è stata inviata una lettera di presentazione a tutti gli operatori del Servizio selezionati, nella quale erano specificati gli obiettivi della ricerca, lo strumento di indagine e le tempistiche previste per ogni intervista. Ogni operatore ha scelto individualmente se partecipare o meno all'indagine, rispondendo alla lettera di presentazione e stabilendo individualmente una data nella quale svolgere l'intervista.

#### **4.5 STRUMENTO**

Lo strumento scelto per la raccolta dei dati è stato l'intervista semi-strutturata. Tale metodologia è stata selezionata poiché permette di indagare in modo flessibile opinioni, percezioni e sentimenti, i quali sono elementi fondamentali per comprendere la qualità del lavoro d'équipe e la cultura organizzativa di un Servizio. È necessario, infatti, che i professionisti siano liberi di poter esprimere quello che sentono e pensano, i loro valori e gli assunti di base che guidano il loro agire. È fondamentale, dunque, che lo strumento utilizzato non sia limitante, che non "imbrigli" le risposte degli operatori all'interno di

domande e etichette necessariamente precostituite. Questa è, quindi, una delle ragioni per la quale è stata scelta l'intervista semi-strutturata, la quale permette di cogliere aspetti e sfumature della cultura organizzativa e delle dinamiche di équipe che potrebbero non essere rilevate da metodologie di indagine maggiormente rigide (Bichi, 2002).

Dall'altro lato, tale strumento consente di mantenere un certo grado di standardizzazione, assicurando che gli stessi argomenti vengono trattati con ciascun intervistato. Ciò agevola la comparabilità delle risposte, un elemento chiave quando si studiano aspetti come la cultura organizzativa e il lavoro di équipe, che coinvolgono diverse prospettive all'interno di un servizio. L'intervista semi-strutturata offre, quindi, un modello sufficiente per garantire la coerenza dei dati raccolti, ma allo stesso tempo lascia spazio alle risposte aperte, consentendo ai partecipanti di esprimere il loro pensiero in modo articolato ed approfondito. (Bichi, 2002)

La traccia delle interviste è stata divisa in cinque sezioni: una legata alla professione dei rispondenti, una all'équipe, un'altra alla cultura organizzativa del Servizio, una alla soddisfazione dei professionisti e l'ultima agli informatori chiave sulla storia del SerD.

Le interviste hanno avuto una durata di circa un'ora e si sono tenute dal vivo, negli studi dei diversi operatori, così da poter stabilire un'interazione diretta tra intervistatore ed intervistato, permettendo di cogliere in modo migliore il non verbale e di approfondire le risposte, rimanendo in un ambiente familiare per il professionista.

#### **4.6 ANALISI DEI DATI**

L'analisi dei dati è stata condotta attraverso il metodo dell'analisi tematica. Tale metodologia è stata scelta poiché si adatta molto bene agli obiettivi di ricerca individuati e alla natura delle informazioni raccolte attraverso le interviste semi-strutturate. L'analisi tematica, infatti, è una forma di analisi qualitativa che permette di indagare in profondità le risposte degli intervistati. Essa, dunque, non si concentra sulla quantificazione statistica.

Tale strumento permette di individuare schemi e tendenze nei dati, evidenziando i punti in comune e le differenze tra le risposte degli intervistati. Esso, inoltre, offre la flessibilità necessaria per esplorare dettagliatamente le opinioni e le percezioni dei partecipanti e per cogliere aspetti complessi che potrebbero non essere rilevati da un'analisi statistica o maggiormente formale.

Seguendo tale metodologia, ogni intervista è stata prima registrata e poi riportata in forma scritta. Successivamente, le risposte dei professionisti sono state riordinate in base alla



tematica e alla ricorrenza: le risposte sono state suddivise in categorie e sottocategorie, a seconda del loro contenuto e delle tematiche affrontate. Infine, sono stati elaborati i risultati dell'indagine, evidenziando i principali aspetti emersi, le tematiche che si ripetevano con maggiore frequenza e le relazioni tra temi diversi.



# CAPITOLO V

## RISULTATI DELLA RICERCA

### 5.1 IL LAVORO IN ÉQUIPE ALL'INTERNO DEL SERVIZIO

#### *5.1.1 Il concetto di lavoro in équipe*

In una fase iniziale della ricerca, è stato chiesto agli operatori del Servizio quale fosse la loro idea di lavoro in équipe, indipendentemente dalla loro esperienza nei servizi per le dipendenze. Tale domanda ha avuto lo scopo di comprendere se i professionisti del SerD possiedono la stessa concezione del lavoro in équipe e se questa sia condizionata dalla professione alla quale appartengono.

Dalle interviste è emerso che gli operatori del Servizio sembrano condividere tutti la medesima idea di lavoro in équipe: quest'ultimo, sostengono, rappresenta uno strumento fondamentale per costruire una visione complessa, e olistica, della persona e del bisogno sociale. Il lavoro in équipe permette, infatti, di integrare le competenze di diversi professionisti, i quali collaborano per costruire il miglior percorso possibile per ogni persona che accede al Servizio.

“Beh è un lavoro fondamentale no? Fondamentale perché la multidisciplinarietà consente, appunto, di avere pensieri e prospettive di conoscenza diverse, ottiche diverse rispetto al come si presenta in qualche modo il paziente” (Int. 1).

“L'idea di squadra dove ognuno, attraverso la propria professionalità, mette il suo punto di vista, mette la sua visione ma mette anche il suo impegno e la sua operatività come professionalità. Per me questa è l'équipe” (Int 8).

All'interno di tale metodologia di lavoro, sostengono gli operatori, ognuno ricopre il proprio ruolo e deve cercare di sforzarsi di comprendere anche la prospettiva dell'altro, senza delegittimarla o ritenerla meno rilevante. Dalle interviste emerge come questo sforzo richieda fatica, ma come esso rappresenti anche uno dei punti di forza di un SerD. “È un lavoro di rete fondamentalmente dove più figure con le loro rispettive competenze, contribuiscono a riportare quella che è la visione clinica del paziente e per trovare, come dire, un accordo comune su quelli che sono poi gli obiettivi terapeutici, quindi, un lavoro di confronto, ecco di ascolto reciproco, soprattutto e mantenendo ovviamente comunque un, come dire, il proprio punto di vista, senza il rischio di perdersi poi nel soverchiare anche l'ambito di altri no? Di altre figure” (Int.2).

“La difficoltà maggiore che trovo nel lavoro di équipe è di portare avanti una progettualità comune perché per il professionista, qualunque professionista, è più semplice guardare il proprio ruolo, le proprie competenze e arrivare fino a dove il proprio ruolo gli permette di arrivare. In realtà, il valore aggiunto che dovremmo comunque dare alla progettualità è quel valore aggiunto che si evince non dalla somma delle parti, ma da quell’insieme di omogeneità che il progetto terapeutico scaturisce mettendo, diciamo, tutte le parti insieme” (Int. 4).

Secondo i professionisti, le parole chiave del lavoro in équipe sono collaborazione, coordinazione e integrazione.

“Un lavoro d'équipe dovrebbe essere un lavoro che garantisce, come dire, al paziente una multidisciplinarietà che, se vuoi, sono parole, ma in realtà, come dire, gli garantisce tanti pezzettini distinti della sua cura, coordinati, questa è la parola chiave” (Int.3).

“Quindi risolvere dei problemi che magari non hai le competenze per farlo, insomma. Nella sua parte, l'integrazione è fondamentale” (Int. 5).

Gli operatori del Servizio ritengono, inoltre, che l'équipe sia un luogo di confronto all'interno del quale pervenire ad un accordo comune. Questo, affermano, non significa che tutti vedano le cose allo stesso modo, ma al contrario, rappresenta una metodologia la quale prevede che i singoli si confrontino e dibattano sulle diverse valutazioni e possibilità, al fine di risolvere le varie problematiche.

“Il lavoro d'équipe per me significa intanto collaborazione, disponibilità e scambio di competenze. Quindi per me questo significa il lavoro d'équipe. Il confronto anche naturalmente perché non è che ci sia sempre uniformità nella coesione delle cose. Quindi è necessario, comunque, il confronto per trovare poi delle soluzioni a delle problematiche oppure anche delle nuove idee” (Int. 9).

Infine, alcuni rispondenti ritengono che l'équipe rappresenti anche uno strumento di protezione e sostegno per gli operatori, i quali si trovano a dover affrontare situazioni complesse e probanti dal punto di vista emotivo. Tali professionisti, infatti, sottolineano come la condivisione con i colleghi li sostenga nei momenti di difficoltà, li affianchi nelle decisioni complesse e, dunque, come contribuisca a preservare la loro salute mentale.

“Fondamentale è il fatto che l'équipe protegge l'operatore. Lo protegge uno perché, come dire, affronta i problemi insieme, e quindi non sei da solo ad affrontare i problemi, questo è molto utile, nel senso che poi delle questioni sono complicate, per cui avere più persone che ci lavorano è comunque fondamentale, ma poi protegge per il burnout degli operatori,

nel senso che il lavoro di équipe ha questa funzione protettiva, se l'équipe funziona bene, di proteggere la salute mentale degli operatori” (Int. 5).

“Ma la vedo anche come un sostegno, un sostegno nei momenti in cui ci si può trovare anche in difficoltà nella gestione dei casi. Quindi un supporto, un occhio da parte degli altri per aiutare chi magari a volte si trova all'interno di una situazione dove è più difficile magari essere obiettivi” (Int. 6).

“Permette comunque di condividere la responsabilità di cura rispetto alla persona, di condividere gli elementi di rischio che preoccupano comunque l'operatore. Ci sono situazioni in cui sentiamo che la persona può essere a rischio proprio di vita. Il fatto di avere un'équipe ci aiuta anche a dire questo, possiamo fare questo, potevamo fare... non sentirci, no, di avere tutto questo potere nella vita degli altri” (Int. 7).

Dunque, l'idea di lavoro in équipe che gli operatori del SerD presentano non sembra essere condizionata dalla professionalità. I rispondenti, infatti, sembrano possedere un'idea di équipe condivisa e non si rilevano significative differenze tra figure professionali diverse.

### *5.1.2 Il lavoro in équipe nell'area delle dipendenze*

I rispondenti ritengono che l'équipe di un SerD sia simile a quelle di altri servizi. Essi non ritengono, infatti, che questa abbia caratteristiche particolari, la vedono come uno spazio di comunicazione e di scambio. La maggior parte degli operatori, dunque, intende l'équipe come un qualcosa di trasversale e simile in tutti gli ambiti.

“[...] ma in realtà vale un po' la stessa cosa [dell'équipe in generale], fondamentalmente per me il gruppo è comunicazione e scambio, sì, senza dover proprio prendersi per i capelli, perché non porta niente di buono nel tempo, ecco” (Int. 2).

“Non vedrei tante differenze [con l'équipe in generale]. Nel senso che lo porterei di pari passo anche nell'ambito delle dipendenze. Per me il lavoro di équipe è trasversale a qualunque ambito, non lo differenzierei insomma” (Int. 10).

Un professionista, infine, riporta come l'équipe di un SerD sia caratterizzata da un fattore presente anche nei team multiprofessionali di altri servizi, ma che tale elemento, nel contesto delle dipendenze, sia ulteriormente amplificato. L'operatore fa riferimento al fatto che l'équipe del SerD abbia il compito di ricomporre la frammentazione interna che presentano le persone che accedono al Servizio, la quale è notevolmente marcata in un soggetto che presenta un Disturbo da Uso di Sostanze o da Gioco d'Azzardo.

“Il paziente che afferisce di solito ai SerD, è veramente un paziente molto frammentato, nel senso che è un paziente che ha proprio una storia di frammentazione interna [...], quindi secondo me più che in altri contesti, per carità, anche in psichiatria sicuramente anche non so, in anestesia e rianimazione, ma di qui di più. C'è proprio da rimettere a posto i cocci di quel paziente. E se un'équipe funziona succede che il paziente, pian pianino, con tanto tempo davanti porta un pezzettino ad ognuno degli operatori” (Int. 3).

### *5.1.3 I vantaggi del lavoro in équipe*

Al fine di cercare di comprendere più approfonditamente l'idea che i professionisti hanno del lavoro in équipe, è stato chiesto ai partecipanti quali sono, a loro modo di vedere, i vantaggi di tale metodologia.

Dalle interviste emerge come per gli operatori del SerD, uno dei vantaggi principali del lavoro in équipe stia nel pluralismo di visioni. Tale metodologia, infatti, permette ad ognuno di portare il proprio punto di vista, in modo tale che il singolo possa arricchirsi di prospettive altre, allargando la propria visuale sulla situazione e assumendo un'idea più completa sul caso. Questo, secondo alcuni, aiuta i professionisti a non cadere nella trappola di sentirsi capaci di cogliere qualsiasi aspetto della persona, riportando l'attenzione sulla complessità delle situazioni.

“Ecco il fatto di stare in équipe permette anche di poter vedere le situazioni da angolature diverse. Il fatto di portare in équipe vuol dire anche rivedere il tuo punto di vista, quindi fare i conti un po' ogni tanto con la nostra onnipotenza, ma anche con le nostre frustrazioni, no? Un po' con i nostri ego” (Int. 7).

“È probabile, anzi, la maggior parte delle situazioni che noi vediamo è che se poi questo destinatario viene incontrato da un altro operatore, potrebbe mostrare una faccia completamente diversa. [...] Allora il vantaggio di lavorare in équipe è che questi singoli professionisti possono, avendo avuto idee diverse del paziente “X” confrontarsi su un'idea che poi diventa un'idea comune del paziente, mettendo assieme queste parti” (Int. 4).

Il fatto di condividere la visione di una persona con i colleghi può condurre gli operatori, in determinate situazioni, a cambiare anche la propria idea a riguardo, modificando il proprio modo di interazione e ottenendo, dunque, un miglioramento nella relazione con il singolo e, di conseguenza, nell'efficacia dell'intervento terapeutico.

“Un esempio concreto di un paziente che viene qui da un po' di tempo in modo altalenante [...]. Arriva sempre con un atteggiamento un po' spocchioso, un po' sopra le righe, un

po' richiestivo, di quelli che non sa farsi amare [...]. Da un punto di vista mio personale ostacola il mio lavoro perché mi viene fuori giorno, mi viene fuori orario, devo cambiare gli orari, devo litigarci ogni volta che non viene nell'orario giusto. [...] Il lavoro facilitante dell'équipe è che l'équipe mi ha dato un ritorno di quello che è il vissuto di questo paziente. Questo paziente arriva da una storia infantile molto traumatica, in cui ha subito violenze familiari [...]. Questo mi ha dato un ritorno che la sua incazzatura con i servizi è data dal fatto che non c'erano quando lui ne aveva bisogno [...]. Con questa visione io ho cambiato la mia idea che avevo sul paziente. Ho iniziato a trattarlo in modo diverso [...]. Quindi il mio atteggiamento nei suoi confronti si è modificato, questo lui probabilmente l'ha percepito ed è cambiato il suo modo di porsi all'interno del Servizio [...]" (Int. 12).

Secondo i professionisti, inoltre, l'équipe non permette di condividere solo prospettive diverse ma anche conoscenze, competenze e abilità differenti. Questo consente al gruppo di riuscire a prendere in carico la persona nella sua globalità, facendo fronte ai problemi di tipo medico, psicologico, sociale ed educativo.

“Ok, beh, allora i vantaggi di lavorare in un'équipe è che oltre a quella che è la tua esperienza, puoi raccogliere l'esperienza di altri colleghi che poi magari possono avere anche molti più anni di te di lavoro e quindi delle conoscenze in più le apportano. Ad esempio quello che è la gestione di un paziente carcerato, quelle che sono le leggi, i progetti a domicilio, cioè sono tutte conoscenze che io effettivamente non posso avere. [...] Quindi il vantaggio è questo, un arricchimento di conoscenze e di imparare anche dall'altro” (Int 2).

“Il fatto di lavorare insieme, che ne so di avere la collaborazione di assistente sociale, psichiatra, psicologo aiuta a vedere il paziente sotto vari punti di vista, quindi a vedere la persona nella sua complessità” (Int. 8).

Un ulteriore vantaggio del lavoro in équipe che emerge dalle interviste è legato alla protezione e al supporto psicologico che questo può offrire. Prestare servizio in un SerD, infatti, espone l'operatore a situazioni molto complesse da dover affrontare e di notevole impatto sotto il profilo emotivo. Secondo i professionisti, dunque, il lavoro in équipe può aiutare il singolo a non sentirsi solo, a ricevere supporto e a trovare uno spazio in cui potersi anche sfogare, in modo tale da riuscire a superare i momenti di difficoltà.

“Il non sentirsi solo, cioè di fronte ai casi, in particolar modo del SerD, che sono pesantissimi, se tu ti senti da solo, sei un po' perduto perché ti senti in una relazione... è schiacciante il peso del dolore, del paziente, dell'ambiguità. Sono pazienti troppo difficili veramente nei SerD [...] perché loro spesso cercano di metterti in scacco nella relazione

per qualsiasi cosa [...] per cui se sei da solo hai meno possibilità di essere forte e se non sei forte a un certo punto in un SerD collassi” (Int 3).

“Sicuramente la protezione e il fatto che aiuta le soluzioni dei problemi complessi, l'équipe, questo è fuori discussione. Poi sicuramente c'è un aspetto che è simile alla protezione, ma non è solo legato alla protezione, che è il sostegno emotivo per cui quando vedi un collega che può andare un po' in difficoltà, di solito, ci si aiuta di solito no? Quindi l'équipe funziona anche da modulatore [...]” (Int. 5).

Infine, un ultimo vantaggio che alcuni professionisti sottolineano del lavoro in équipe è dato dal fatto che tale metodologia permette di avere un dibattito creativo dal quale possono nascere visioni nuove sulle situazioni e soluzioni creative. Secondo tali operatori l'équipe rappresenta, dunque, un importante fattore di innovazione.

“ [...] il pluralismo nelle visioni del mondo mi permette di avere oltre che un'idea più completa, anche la creazione di progetti, progetti innovativi, pensieri innovativi” (Int. 5).

“[...] ma anche di poter ragionare su percorsi... di essere creativi nel percorso, perché nel momento in cui uno fa il brainstorming ha l'opportunità di essere anche creativo nel percorso” (Int. 8).

#### *5.1.4 Gli svantaggi del lavoro in équipe*

Secondo i rispondenti il lavoro in équipe non presenta solo vantaggi, ma comporta anche degli aspetti negativi.

I professionisti hanno evidenziato due principali svantaggi del lavoro in équipe: l'allungamento delle tempistiche e le eventuali conflittualità che possono emergere.

L'allungamento dei tempi di intervento fa riferimento al fatto che il lavorare in équipe richiede che si raccolgano le informazioni, che ci si confronti con gli altri e che solo alla fine si riesca a pervenire ad una soluzione. Questo processo allunga inevitabilmente i tempi di risposta, poiché gli operatori dichiarano di avere poco tempo per aggiornarsi con un collega, o di dover attendere la riunione settimanale d'équipe.

“Allora, diciamo che quando non hai tutto tu, come dire, non puoi decidere tutto da solo, l'effetto iniziale è quello di dire mi stanno rallentando, stanno ostacolando il raggiungimento di quello che mi sono preposto, cioè ho una mia idea e magari dovermi confrontare con gli altri potrebbe rallentarmi la realizzazione di questa idea” (Int. 2).

“Ok allora, in generale, le criticità possono essere che i tempi a volte sono più lunghi, nel senso che se uno lavora da solo è più veloce, prende le decisioni con velocità, per cui a volte il lavoro può... cioè a volte può succedere che il lavoro sia un po' più veloce se



lavori da solo, avere a che fare con l'équipe significa, a volte secondo me, non sempre avere il tempo di trovarti, dover rimandare delle cose [...]” (Int. 6).

Come fa notare un rispondente, la sensazione di dilatazione dei tempi non è un qualcosa che ha una conseguenza solo per gli operatori, ma può ripercuotersi anche sulle persone che accedono al Servizio. Quest’ultime, infatti, possono avere la sensazione che il professionista, quando comunica loro che prima di prendere una decisione deve confrontarsi con l'équipe, in realtà stia solo cercando di prendere tempo e che quindi non stia agendo con celerità e prontezza. Questo fenomeno può interferire nella relazione con le persone, condizionando il percorso di presa in carico.

“Allora, gli svantaggi del lavoro di équipe... questo lo sente più il paziente che l’operatore, è che talvolta il paziente ha la sensazione che si procrastini, no? Cioè perché l’operatore dice che ne parlerà in équipe, no? E quindi non c’è un’immediata risposta concreta, quindi la sensazione è che al paziente viene restituito una cosa che si dilata nel tempo, no? Mentre lui avrebbe bisogno di una risposta immediata” (Int. 4).

Un altro professionista sottolinea un ulteriore svantaggio del lavoro in équipe: le perdite di tempo. Secondo tale operatore, infatti, le riunioni spesso rischiano di divenire ripetitive, spreco di tempo e togliendone a chi di solito interviene meno. Tale situazione rischia, a detta dell’operatore, di condurre ad un parlare, raccontare e ripetere senza arrivare ad una conclusione costruttiva.

“[...] secondo me c’è un’enorme, enorme perdita di tempo, nel senso che l’équipe sono fatte anche di tante parole che si ripetono, che si ripetono, che si ripetono. E questo a me pesa moltissimo [...]. [In Italia] ci sono delle équipe molto sbilanciate in cui alcuni parlano moltissimo, alcuni parlano pochissimo, non si capisce chi tiene l’équipe, tendenzialmente questo è un grossissimo problema, cioè la gestione organizzativa di quello che viene detto. E il tirare un po’ le fila, le somme, perché a volte è un modo per scaricare la propria fatica, le tensioni ecc., ma non effettivamente per arrivare a un dunque. È un parlare fine a sé stesso [...]” (Int. 3).

Un altro svantaggio del lavoro in équipe che emerge dalle risposte dei professionisti è legato a possibili conflitti tra colleghi. Questi possono essere generati, a detta dei rispondenti, da sovrapposizioni fra il piano inter-professionale ed inter-personale e da difficoltà sul piano relazionale. Secondo gli operatori, infatti, il lavoro di équipe può generare delle conflittualità quando si abbandona la dimensione professionale e si approda in quella personale, o quando due o più professionisti faticano ad instaurare una relazione cordiale e fruttuosa.

“ [...] sicuramente il fatto che se l'équipe non funziona benissimo, ok, posso avere dei conflitti, delle lotte come dire per il potere. Situazioni che invece di sentirsi assicurati e sostenuti, ci si sente non capiti. Possono nascere delle... come dire? Sì delle situazioni che invece di facilitare il risolvimento dei problemi, paradossalmente, ti trovi ad avere due problemi, quello del paziente e poi di relazione con l'operatore” (Int. 5).

“Allora la faticosità nel lavorare in équipe sta nella relazione, cioè nel come le persone si pongono nella relazione” (Int. 8).

“Gli svantaggi sono quello che sta dietro al professionista. [...]. È molto difficile tenere scollegate le due parti: la parte professionale e la parte personale. Ho visto in poche persone questa capacità diciamo di saper distinguere la professionalità dalla parte personale” (Int. 9).

#### *5.1.5 Professioni del Servizio per le Dipendenze e reciproca conoscenza dei ruoli*

Come ha evidenziato la letteratura in merito, i membri delle équipe socio-sanitarie non sempre conoscono precisamente il ruolo e le funzioni dei professionisti con i quali collaborano. Essi tendono, piuttosto, a crearsi uno stereotipo della professione altrui e tale conoscenza “costruita” diviene, spesso, una delle criticità maggiori per il lavoro in équipe (Reeves & Lewin, 2004). Per tale ragione, è stato chiesto ai professionisti dell'équipe del SerD di descrivere le principali funzioni di ogni figura professionale presente all'interno del Servizio. Di seguito sono riportate le analisi delle risposte degli operatori, divise per ciascuna professione.

##### *Il medico*

I professionisti del SerD presentano un'idea apparentemente definita del medico e delle sue funzioni all'interno del Servizio. Secondo i rispondenti, infatti, tale figura professionale si fa carico degli aspetti sanitari della persona, occupandosi sia della diagnosi, sia della programmazione e dell'aggiornamento del trattamento farmacologico della persona.

“Il medico sicuramente si occupa prevalentemente di aspetti medico sanitari insomma, con gli infermieri, e quindi si occupa della parte diagnostica [...]” (Int. 1).

“Formalmente dovrebbe essere che il medico si occupa dell'aspetto farmaceutico, farmacologico” (Int. 12).

La maggior parte degli operatori fa riferimento al fatto che una delle peculiarità del Servizio sia data dal fatto di aver scelto di dotarsi di medici psichiatri e non di semplici tossicologi. Tale scelta permette di intervenire non solo sull'area delle patologie

organiche legate all'uso di sostanze, ma anche su quella dei disturbi mentali. Secondo i professionisti, dunque, all'interno del SerD, il medico si occupa in senso lato della salute della persona, compresa la salute mentale.

“ [...] noi abbiamo medici che sono tutti psichiatri, [...] è sempre stata un po' la politica di questo Servizio quella del medico psichiatra. Per le connessioni che la dipendenza ha anche rispetto alla psichiatria. [...] Quindi se si rivela in situazioni particolari, dei dubbi sullo stato, diciamo di salute mentale della persona, si può chiedere al medico indipendentemente dal tipo di sostanza, la consulenza medica” (Int. 6).

“ [il medico] è anche psichiatra in genere, per cui dovrebbe anche un po' conoscere quali sono le problematiche legate alla dipendenza. Quindi aiutare anche a conoscere il disturbo che ha e come poterlo risolvere” (Int. 9).

Da queste risposte emerge, tuttavia, una certa insicurezza nelle percezioni che ciascuno ha sul significato e sui confini del ruolo del medico nel SerD. L'uso dei condizionali, alcune locuzioni che rivelano incertezza su quello che si sta dicendo, sembrano indicatori di una conoscenza imprecisa non solo della funzione del medico e dello psichiatra ma anche, e prima, su quanto e in che forma una dipendenza sia, o produca, o derivi da, o correli con uno o più disturbi mentali. A conferma di ciò, un operatore fa notare come vi sia poca chiarezza anche a livello ministeriale in merito alla funzione dello psichiatra in un SerD. Secondo il professionista, tale incertezza si ripercuote sull'operatività quotidiana poiché alcuni medici decidono di offrire solo un supporto farmacologico, mentre altri cercano di garantire anche un sostegno psichiatrico globale, generando una differenziazione nelle risposte offerte alle persone. È interessante notare come l'operatore che sottolinea tale aspetto sia un medico: gli altri professionisti non sembrano essere consapevoli di avere un'idea confusa del ruolo di tale figura, il medico, invece, è a conoscenza dell'origine di tale confusione e la riconduce ad uno specifico vuoto normativo e culturale del Sistema Sanitario.

“Non c'è alcuna chiarezza a livello proprio ministeriale su quali siano specificatamente i compiti dello psichiatra nel SerD. E questo è un bel problema, secondo me, perché ognuno si orienta come vuole, cioè chi prende il paziente e fa anche la parte anche addirittura psicoterapica perché la puoi fare legalmente. C'è chi dice: «no, io questo non lo faccio perché io sono uno psichiatra del SerD». Però non c'è una direttiva [...]” (Int. 3).

L'analisi dei dati, dunque, ha mostrato come la loro specificità professionale non incida particolarmente sull'idea che i professionisti hanno delle funzioni del medico all'interno del SerD: pare condivisa una generale incertezza, pur se non consapevole nei rispondenti.

L'unica particolarità che sembra emergere in questo senso è data dal fatto che tutti gli infermieri, nel rispondere, hanno fatto riferimento esclusivamente al ruolo di gestione dei farmaci che ricoprono i medici all'interno del Servizio. Questo dato si presta ad interpretazioni diverse: potrebbe dipendere essenzialmente dal punto di vista di chi risponde, dalle sue mansioni e competenze e dal fatto che la collaborazione tra medici ed infermieri si basa principalmente sulla gestione dei farmaci, oppure rivelare una verità fattuale, coperta, ovvero che la responsabilità dei medici del SerD si limita di fatto alla scelta e alla gestione della terapia farmacologica, e che la presenza di psichiatri rispetto ad altri specialisti si traduca operativamente solo nella maggiore attenzione ai disturbi psichiatrici in fase diagnostica e nel miglior presidio della terapia psicofarmacologica. Quest'ultima lettura aiuterebbe a spiegare quella generale incertezza implicita nelle risposte degli altri intervistati circa il ruolo del medico, la funzione dello psichiatra, il significato del processo diagnostico, il significato della terapia farmacologica, e ad un livello più profondo le convinzioni di base su quanto la dipendenza sia un problema medico, e quanto e in che modo un problema psichiatrico. Si tratta chiaramente, come discusso nel terzo capitolo di questa tesi, di questioni tutt'altro che risolte nella letteratura sui problemi legati all'uso di sostanze e alle dipendenze, ma proprio il fatto che tali temi di fondo non vengano mai affrontati esplicitamente non può non essere legato sia, in primis, alla mancanza di normative chiare sia, di conseguenza alla confusione nelle percezioni dei professionisti, i quali devono farsi una propria idea, o prendere per buona quella prevalente nel servizio in cui operano, senza che né dell'una né dell'altra vi sia mai un'esplicitazione chiara e condivisa.

### *L'infermiere*

Secondo i rispondenti, l'infermiere si occupa della distribuzione dei farmaci e del triage, ovvero di raccogliere e filtrare la domanda di aiuto al momento del primo contatto con il Servizio, stabilendo a quale collega inviare la persona.

“[...] poi c'è il personale infermieristico che lavora in realtà a fianco del medico, ma non solo, che può fare anche tutto un lavoro di triage in fase di accoglienza che serve proprio per motivare la persona a prendere e fare dei percorsi all'interno del Servizio” (Int. 4).

“Dopodiché loro [gli infermieri] fanno il triage, hanno il compito di fare il triage negli accessi per capire sostanzialmente qual è il problema e a chi assegnare il paziente che arriva. [...] Monitoraggio tossicologico, distribuzione farmaci e triage, affiancamento al medico se c'è necessità” (Int. 6).

La maggior parte dei rispondenti sottolinea, inoltre, che l'infermiere è il professionista che vede più di tutti le persone. Per tale ragione, secondo alcuni operatori, tale figura deve farsi carico anche di una funzione di tipo relazionale, riuscendo ad accogliere quasi quotidianamente la persona, sostenendola e registrandone i momenti di difficoltà.

“Ma [tra i compiti degli infermieri c'è] anche un buon aspetto di relazione, perché loro hanno l'interfaccia, la prima interfaccia, insomma, è [un contatto] quotidiano” (Int.8).

“L'infermiere ha il compito non solo di distribuire il metadone ma ha anche un valore importante nella relazione con il paziente” (Int. 9).

Pertanto, se per quanto riguarda il ruolo dell'infermiere all'interno del Servizio non si evidenziano differenze di visione fra operatori di diverse professioni, e si può dunque affermare che la figura professionale non sembra incidere sull'idea che i rispondenti hanno della funzione infermieristica nel SerD, non si può non rilevare l'alto grado di responsabilità e di complessità che, di fatto, il ruolo dell'infermiere assume. Anche in questo caso, ci si potrebbe chiedere se l'esplicito e l'implicito corrispondano, se ci sia una condivisione chiara e dichiarata della centralità di tale figura nella gestione del rapporto tra la persona che si rivolge al servizio e il servizio stesso, e dunque nell'intero processo di presa in carico.

### *Lo psicologo*

Da quanto emerge dalle interviste, i professionisti non sembrano condividere la stessa idea sulle funzioni dello psicologo all'interno del Servizio.

Alcuni sembrano intendere che lo psicologo è un professionista che interviene in una fase iniziale del percorso terapeutico per accogliere la persona e per elaborare una diagnosi psicologica.

“Lo psicologo, invece, deputato all'accoglienza, in specifico in primis delle persone con disturbi di cocaina, in base ai nostri protocolli interni” (Int. 6).

“E poi c'è lo psicologo che ha più funzioni di diagnosi, assieme allo psichiatra e di un lavoro terapeutico più approfondito nel paziente” (Int. 8).

Secondo altri operatori, invece, lo psicologo opera in un secondo momento, quando la persona ha già intrapreso un percorso sia di riconoscimento della propria situazione, sia di controllo della sostanza ed appare, dunque, pronta ad affrontare la dimensione psicologica.

“Lo psicologo viene un po’ dopo secondo me della prima fase. Perché deve in qualche modo avere il paziente che ti segue su alcuni ragionamenti. Quindi c’è la prima fase di controllo della sostanza e la seconda fase poi di lavoro più psicologico” (Int. 5).

“Lo psicologo lo vedrei quando la persona ha già fatto un lavoro sommario diciamo, un po’ di comprensione riguardo alla dipendenza e fa uno step ulteriore. Quindi quando io ho identificato cosa è successo, come mai mi trovo qua coinvolto in questa situazione, mi sono stabilizzato, allora sì faccio un trattamento terapeutico” (Int. 9).

Naturalmente i professionisti concordano sul fatto che tale figura si occupa dell’aspetto psicologico e di salute mentale della persona, ma anche le definizioni dell’intervento non sono sempre simili tra i diversi rispondenti.

“[...] nei SerD, a mio avviso, c’è molta attenzione alle cose di tipo un po’ cognitivo-comportamentale, prevenzione delle ricadute [...] (Int. 3).

“e [lo psicologo si occupa] di un lavoro terapeutico più approfondito nel paziente” (Int. 8).

“ [...]qui lo psicologo fa più che altro counseling, non è un trattamento che io definisco psicoterapico dal mio punto di vista” (Int. 9).

“ [...] [lo psicologo] si occupa appunto di sedute di psicanalisi” (Int. 11).

Per comprendere quale sia la reale opinione degli operatori in merito alle funzioni dello psicologo all’interno del SerD sarebbe necessario approfondire tale aspetto in ulteriori indagini poiché le risposte a volte appaiono brevi e poco chiare. Vi è, dunque, il rischio di interpretare liberamente quanto riportato dai professionisti. Tuttavia, è possibile affermare che dalle interviste realizzate il ruolo dello psicologo all’interno del Servizio sembra poco chiaro o, comunque, sembra assumere sfumature diverse nelle concezioni di operatori diversi.

Nonostante sembrano evidenziarsi idee differenti in merito alle funzioni degli psicologi all’interno del SerD, non è possibile ricondurre tali divergenze alle visioni conferite dalle diverse figure professionali. Infatti, operatori della stessa professione forniscono risposte diverse fra di loro, le quali possono essere simili a quelle di colleghi di altre categorie professionali. Il risultato che emerge è una confusione generale e, in maniera ancora più evidente che nel caso del medico, la mancanza di conoscenze condivise e supportate da evidenze normative e organizzative circa il ruolo e la funzione dello psicologo nel SerD.

### *L'assistente sociale*

Diversamente dai casi precedenti, gli operatori del Servizio sembrano possedere un'idea comune delle funzioni dell'assistente sociale. All'interno del SerD tale figura, infatti, secondo i rispondenti, si occupa di tessere le relazioni con i vari attori del territorio, sia del pubblico sia del privato sociale, e di gestire la dimensione legale delle persone, tenendo i rapporti con il Tribunale, con l'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna, con l'Ufficio di Servizio Sociale per Minorenni, con i legali, ecc.

“L'assistente sociale qui nel nostro Servizio chiaramente ha tutta la parte di relazione col territorio di lavoro con... come dire con le risorse del territorio quindi, poi [...] di coordinamento del progetto con tutte le altre agenzie del territorio. Chiaramente al problema... se ci sono problemi legali ha tutta la parte di gestione del... insomma dell'aspetto del Tribunale” (Int. 5).

“[...] [l'assistente sociale] effettua il colloquio all'interno del carcere, mantiene la rete con il territorio: Comuni, UEPE, USSM. Quindi tutte le attività legate all'area legale diciamo, per definizione, è data per competenza all'assistente sociale” (Int. 6).

“Poi ci sono gli assistenti sociali che hanno una funzionalità un po' di raccordo, io lo vedo un po' un cordone ombelicale con i servizi esterni [...], quindi di raccordo anche con i Tribunali, con il Giudice e con tutti gli avvocati, per gli aspetti legali che appunto i nostri pazienti hanno, ma anche per quegli aspetti che legano un po' il paziente a delle difficoltà proprie sociali” (Int. 8).

“L'assistente sociale [si occupa] dell'aspetto legale e di rete con il territorio” (Int. 12).

Alla luce delle risposte fornite dagli operatori, dunque, è possibile affermare che il ruolo dell'assistente sociale all'interno del Servizio è chiaro e condiviso dalla maggioranza dei professionisti. Non emergono differenze di pensiero sulle funzioni di tale professionista all'interno del SerD tra operatori di professionalità diverse.

### *L'educatore professionale*

Il ruolo dell'educatore professionale all'interno del SerD sembra discretamente condiviso fra gli operatori per quanto riguarda una parte del proprio operato, mentre per quanto riguarda altre funzioni sembra più confuso.

L'aspetto sul quale buona parte dell'équipe sembra concordare è quello educativo. Secondo tali professionisti, infatti, l'educatore professionale avrebbe il compito di motivare ed accompagnare la persona nel migliorare le proprie skills e le proprie relazioni.

“Allora l'educatore potrebbe lavorare più sul motivare la persona a riprendere le proprie skills, quindi le proprie abilità che ha interrotto con l'uso di sostanze, o comunque con un periodo di abuso di alcol o di gioco d'azzardo” (Int. 4).

“[...] l'educatore, come dire, porta avanti anche la parte appunto... educativa di alcuni cambiamenti di alcune modalità di relazione con gli altri e di skill che uno deve mettere in atto, di abilitare poi nel mantenimento dell'astinenza” (Int. 5).

Secondo due operatori, l'educatore professionale si occupa, inoltre, del reinserimento lavorativo delle persone, anche se attualmente tale funzione è a carico del sistema dei servizi per l'inserimento lavorativo (SIL).

“L'educatore, allora, nel nostro Servizio è stato, diciamo, deputato in specifico all'attività del reinserimento lavorativo, che però ultimamente di fatto è passata come competenza al SIL. Però comunque qua al SerD [l'educatore] rimane il riferimento” (Int. 6).

Qualcuno, poi, ritiene che l'educatore professionale concentri il proprio lavoro nella prevenzione delle ricadute, mentre qualche altro operatore afferma il contrario, sostenendo che questo avvenga in altri servizi, ma non nello specifico SerD coinvolto nella ricerca.

“Gli educatori, come dire, si occupano anche là di interventi di tipo riabilitativo o di prevenzione” (Int. 1).

“L'educatore, secondo me, dovrebbe invece fare tutto l'aspetto della prevenzione che in questo Servizio non viene fatto dall'educatore a differenza di altri servizi. Inoltre, potrebbe anche fare tutto l'aspetto della prevenzione delle ricadute perché comunque sono trattamenti che hanno un approccio educativo-pedagogico che dovrebbe essere fatto dall'educatore non dallo psicologo” (Int. 9).

In definitiva, la funzione dell'educatore professionale all'interno del Servizio sembra condivisa dagli operatori solo in parte e, forse, necessita di essere chiarita con maggiore precisione. Le differenze di visione sul ruolo di tale professionista all'interno del SerD sembrano legate al singolo operatore e non alla cultura trasmessa da una determinata professionalità. Non è possibile, infatti, individuare idee legate ad una determinata figura professionale, poiché operatori con lo stesso ruolo sostengono posizioni differenti fra loro, o simili a quelle di colleghi di altre professioni.

Alla luce di quanto presentato, la professionalità non sembra avere un impatto sull'idea che gli operatori hanno delle funzioni dei diversi professionisti che operano all'interno del SerD. In generale, infatti, i rispondenti sembrano condividere le visioni sui ruoli che ogni figura professionale ricopre all'interno del Servizio. Inoltre, anche quando emergono



delle differenze, queste non sembrano riconducibili a professionalità diverse, poiché non è possibile individuare un pattern ricorrente per una singola professione. Infatti, operatori appartenenti alla stessa figura professionale hanno fornito risposte diverse fra loro, o hanno risposto in modo simile a colleghi di altre professioni.

È possibile affermare che i professionisti del SerD conoscono abbastanza bene i ruoli e le funzionalità di alcune figure professionali che operano all'interno del Servizio, in particolare l'assistente sociale e l'infermiere. Ciò può avere un impatto positivo sul lavoro di équipe all'interno del SerD, poiché può contribuire a migliorare la comunicazione e la collaborazione, e a ridurre la conflittualità. I professionisti che conoscono i ruoli e le funzionalità dei colleghi, infatti, sanno a chi rivolgersi nelle diverse situazioni, migliorando la comunicazione, sanno sfruttare al meglio abilità e competenze di ciascuno per ottenere risultati migliori per le persone, migliorando la collaborazione, sanno cosa aspettarsi dagli altri e non ne invadono l'area di competenza, diminuendo il numero di conflitti.

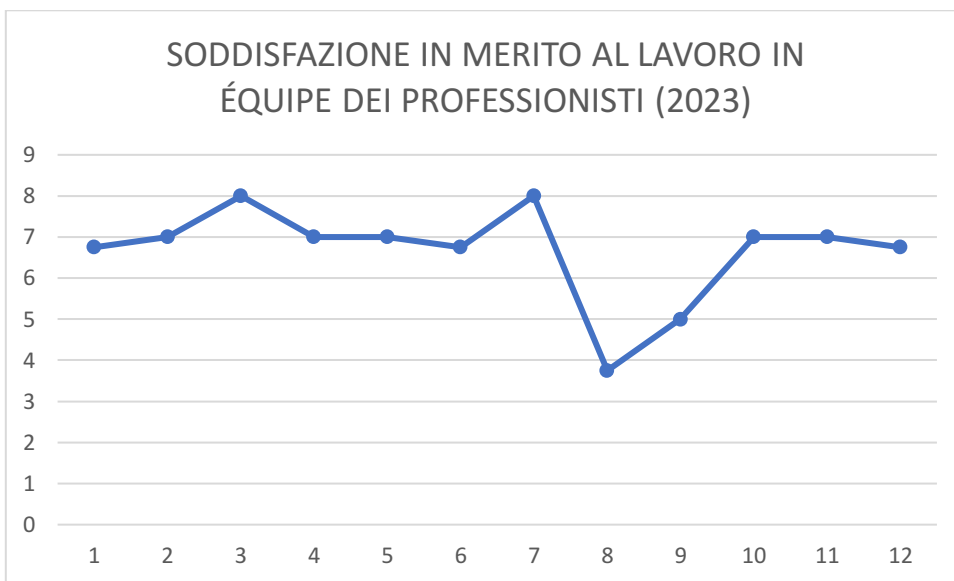
Tuttavia, è necessario sottolineare che i rispondenti hanno manifestato difficoltà nell'identificare i ruoli e le funzioni di altre figure professionali. Questo è vero soprattutto per quanto riguarda le competenze dei medici, degli psicologi e degli educatori professionali. Inoltre, anche per altre figure professionali singoli operatori hanno evidenziato idee differenti rispetto a quelle dei colleghi e, nel caso specifico degli infermieri, è emersa una visione sì condivisa e concorde del ruolo che essi agiscono nella prassi del Servizio, ma probabilmente diversa rispetto alle funzioni e alle responsabilità formalmente attribuite a tali figure. Per tutte queste ragioni, al fine di evitare conseguenze sul piano della comunicazione, della collaborazione e della conflittualità, potrebbe rivelarsi utile rivedere protocolli, procedure e implicite che guidano l'agire dei professionisti.

#### *5.1.6 La soddisfazione dei professionisti*

Al fine di comprendere se i professionisti del SerD ritengono che il lavoro in équipe rappresenti o meno una criticità del Servizio, è stata indagata la loro soddisfazione in merito sia alla collaborazione interprofessionale, sia al lavoro personale.

I dati raccolti mostrano come gli operatori in media si dichiarano soddisfatti sia per quanto riguarda il lavoro di équipe, sia per quanto concerne il lavoro personale, valutando entrambi con una media di 6,5 su una scala da 1 a 10. Tuttavia, per ottenere una comprensione più approfondita di questi dati, è importante considerare la moda e la

deviazione standard. Per il lavoro di équipe, la moda è 7, suggerendo che il punteggio più comune tra gli operatori è 7, il che indica una soddisfazione leggermente superiore alla media. Questo potrebbe suggerire la presenza di un consenso generale nella squadra. La deviazione standard di 1 indica che le risposte sono relativamente vicine alla media, con poche variazioni significative. Maggiormente significative sembrano essere, invece, le differenze nelle risposte riguardo alla soddisfazione personale, dove la deviazione standard è 2, il che significa che ci sono operatori che sono molto soddisfatti del proprio lavoro personale, mentre altri lo sono molto meno. La moda per quanto riguarda il lavoro individuale è 8, evidenziando che la soddisfazione elevata è abbastanza diffusa all'interno del gruppo.



(Grafico 1)



(Grafico 2)

Come si evince dai grafici, infine, solo due professionisti si dichiarano insoddisfatti del lavoro di équipe all'interno del Servizio, mentre per quanto riguarda la soddisfazione personale sono tre i rispondenti che si dichiarano insoddisfatti. È interessante notare come i due rispondenti che si dichiarano insoddisfatti del lavoro in équipe sono due dei tre che si dicono insoddisfatti del lavoro personale. Nel complesso, dunque, gli operatori sembrano essere soddisfatti del lavoro in équipe all'interno del SerD, descrivendo una situazione per lo più positiva e un gruppo di lavoro che funziona abbastanza bene.

Per comprendere meglio tali dati, tuttavia, è necessario analizzare le spiegazioni che gli operatori hanno fornito a riguardo.

“Perché io, per quanto mi riguarda, trovo un'équipe che ascolta, che si fa carico [...]. Io credo che ci siano tante buone persone e anche brave all'interno di questo SerD [...] cioè proprio persone competenti e di buon cuore, che non è proprio da poco voglio dire. Secondo me ce n'è tante qua dentro, ma tante tante, quindi io mi sento ascoltato, mi sento che quello che a mia volta ti ascolto... comunque sicuramente mi sento ascoltato, mi sento alleggerito, sento che chi deve prendersi cura delle cose [...] lo fa” (Int. 3).

Questo può essere un esempio di risposta che ha fornito un operatore che si è dichiarato soddisfatto del lavoro di équipe all'interno del SerD. Tuttavia, è interessante notare come la maggior parte delle spiegazioni in merito alla soddisfazione dichiarata siano state incentrate sugli aspetti negativi e non su quelli positivi, anche per quei professionisti che hanno dichiarato di essere soddisfatti o molto soddisfatti del lavoro di équipe. La metà, circa, dei rispondenti, infatti, ha sottolineato come in questo momento il Servizio stia attraversando un momento di difficoltà dettato dalla carenza di personale e risorse, e da una fase di cambiamento che è in atto.

“[...] non è che sia un buon momento, un momento un po' particolare perché ci sono dei grandi cambiamenti [...], per cui, come dire, in questo momento l'équipe ha bisogno di aver cura dell'équipe, nel senso che ci sarà un sovraccarico di lavoro per cui o stiamo tutti come dire... o ci diamo una mano, o rischiamo poi di fare tanta fatica. Per cui l'appello è dire: diamoci una mano” (Int. 7).

“Ma ultimamente ti dirò un po' per mancanza di risorse, un po' magari per incomprensioni la cosa ha funzionato un po' meno” (Int. 11).

“Quindi credo che la penalizzazione sia la riduzione del capitale umano e l'aumento dei casi clinici” (Int. 12).

Dalle interviste, tuttavia, emerge la convinzione da parte degli operatori secondo la quale le équipe tendano ad essere in continuo mutamento e ad attraversare fasi e momenti anche

molto diversi fra loro. Per tale ragione, dunque, l'attuale periodo di difficoltà, secondo i professionisti, è solo momentaneo e la situazione è destinata a migliorare. Questa prospettiva, tuttavia, sembra far trasparire un aspetto fatalistico: a detta dei rispondenti, infatti, sembra inevitabile che il lavoro in équipe presenti momenti positivi e periodi più negativi, motivo per il quale i professionisti non sembrano poter incidere su tale fenomeno. Una visione simile potrebbe rappresentare un campanello d'allarme in merito alla capacità di controllo del lavoro in équipe da parte degli operatori.

“Sai le onde, no? È come un andamento proprio a onda in cui ci sono alti e bassi e adesso è un momento giù, poi l'equilibrio si ristabilisce” (Int. 9).

Come anticipato, i rispondenti si sono concentrati maggiormente sugli aspetti negativi che hanno determinato la loro valutazione. In questo senso, singoli operatori tra coloro i quali si sono detti soddisfatti a riguardo dell'équipe, hanno sottolineato alcune criticità specifiche, le quali non sono state ravvisate da altri, come nel caso dell'esempio seguente.

“A me piacerebbe che l'équipe fosse non tanto un passaggio di informazioni o di gestione dei casi, ma più che portasse il livello sul pensiero rispetto alla persona, del perché di alcune cose, cioè più clinico. Capisco che è molto difficile perché si mette insieme più professionisti diversi, si rischia di arrivare poi a una questione più legata all'operatività, insomma. Si rischia poi di discutere sempre dei casi più gravi, senza invece condividere delle volte delle idee, insomma, no? Su come gestire le situazioni e quindi forse quella è una cosa che non non mi piace molto, però insomma ci sta” (Int. 5).

Infine, appare interessante soffermarsi sulle motivazioni fornite da coloro i quali hanno espresso una scarsa soddisfazione in merito al lavoro in équipe, al fine di cercare di comprendere quali siano gli aspetti di criticità.

“[il giudizio negativo] sta proprio nella relazione tra le persone che in questo momento qua è difficoltosa, almeno per quanto mi riguarda”(Int. 8).

“Perché stiamo parlando sempre del fatto che siamo qua da tanti anni in tante persone e che ormai si è come innescata una modalità di comportamento di un numero di operatori che è difficile da smantellare. Forse se ci fosse un ricambio di un po' tutto il Servizio ci potrebbe essere un miglioramento perché se uno viene da fuori ha altri punti di vista, poi non ha delle dinamiche con i colleghi e quindi deve ricostruire tutto da capo” (Int. 9).

Dunque, i professionisti che si dicono poco soddisfatti del lavoro di équipe all'interno del SerD percepiscono una difficoltà nella relazione tra i colleghi dovuta ad una serie di dinamiche relazionali e comportamentali difficili da superare e dovute anche alla lunga permanenza degli operatori all'interno del Servizio.

### *5.1.7 La comunicazione all'interno del Servizio*

Nella sezione precedente dedicata alla soddisfazione, i professionisti hanno manifestato alcune criticità legate al lavoro d'équipe. Per tale ragione, appare interessante cercare di comprendere come sia la comunicazione all'interno del Servizio.

Dalle interviste non emerge un'idea di comunicazione unica e ben definita. I professionisti sembrano delineare, piuttosto, una comunicazione composta da elementi, situazioni, caratteristiche e dinamiche differenti.

Vi sono, ad esempio, operatori che ritengono che l'interazione fra di loro sia buona, efficace e promossa da professionisti competenti o di ottimo livello.

“[La comunicazione] di questo SerD? Io ti direi efficace sinceramente” (Int. 3).

“Ritengo che i professionisti che in questo momento fanno parte del gruppo di lavoro, siano dei professionisti di medio-alto livello. Abbiamo quindi un linguaggio molto tecnico, molto specialistico e abbiamo anche però la quella capacità di utilizzare un po' l'ascensore, no? [...] Ok? Hanno questa duttilità che è una ricchezza” (Int. 4).

“Allora, la comunicazione c'è. È buona” (Int 11.)

In controtendenza a queste affermazioni, vi sono rispondenti che affermano come la comunicazione all'interno del Servizio sia difficoltosa e, a volte, conflittuale. Alcuni sostengono che nel momento nel quale sono state condotte le interviste si facesse fatica a comunicare tra professionisti all'interno dell'équipe, altri individuano la criticità nel giudizio e nel fatto che qualche collega si irrigidisca per aspetti personali, altri ancora fanno riferimento ad una problematica legata all'eccessiva, a detta loro, permanenza degli operatori all'interno del SerD, la quale ha innescato dinamiche poco costruttive.

“Eh, a volte faticosa, a volte faticosa” (Int. 7).

“In questo momento, a volte, mi viene da dire ammalata, ma cioè è scombinata. Però sono dei momenti [...]. È ammalata perché in questo momento qua facciamo fatica a parlarci” (Int. 8).

“Eh, tra di noi ti dico delle volte non è facile [...]. E quindi abbiamo dovuto lavorare con dei paletti, con delle situazioni a volte dispiacevoli” (Int. 10).

Anche in questo caso alcuni operatori sottolineano i tempi stretti in cui si ritrovano ad operare, i quali a volte condizionano la comunicazione o non permettono di scambiarsi tutte le informazioni che si vorrebbe o di farlo nel modo in cui si vorrebbe.

“A volte frettolosa, sì, una comunicazione a volte frettolosa dettata dai tempi, dai ritmi, quindi a volte purtroppo non sempre si riesce a dedicare il tempo che si vorrebbe” (Int. 6).

Infine, vi è anche chi manifesta una posizione intermedia, riconoscendo le difficoltà che l'équipe presenta, ma sostenendo che nel complesso la comunicazione sia buona.

“Comunicazione, beh, ecco, perché anche qui dipende da vari tipi di professionisti, cioè nel senso che magari è più fluida con alcuni professionisti, è un po' più complicata con gli altri. Però tutto sommato è una buona comunicazione dai, mi verrebbe da dire, ed è abbastanza bidirezionale [...]” (Int. 5).

In conclusione, non è possibile stabilire un'unica definizione della comunicazione all'interno dell'équipe: essa, analizzando quanto riferito dai professionisti, sembra essere composta da aspetti differenti e sembra assumere forme diverse a seconda della prospettiva del singolo operatore e del collega con il quale esso si immagina di dover interagire. Inoltre, non è possibile operare una distinzione, decretando se la comunicazione del Servizio sia efficace o meno, primo perché le risposte dei professionisti sono sfumate, contengono elementi diversi e a volte anche opposti fra di loro e secondo perché questa è principalmente un'analisi qualitativa e quindi il suo scopo non è “contare” le differenti posizioni, bensì quello di fornire una descrizione di un contesto specifico, restituire una fotografia della situazione. Dunque, cercando a tutti i costi di definire se la comunicazione fra i professionisti sia efficace o meno, si rischierebbe di tralasciare una parte dell'équipe, una sua componente fondamentale.

#### *5.1.8 Le emozioni dell'équipe*

Dopo aver analizzato la soddisfazione e la qualità della comunicazione, al fine di cercar e di comprendere come sia il lavoro in équipe all'interno del Servizio, appare importante indagare le emozioni che i professionisti vivono nella collaborazione con i colleghi.

Nel corso delle interviste, gli operatori, in relazione al lavoro in équipe, hanno manifestato sia emozioni piacevoli, sia spiacevoli.

Tra le emozioni piacevoli è possibile citare il piacere di confrontarsi e di condividere con gli altri idee, emozioni e soluzioni, il senso di alleggerimento dato dal condividere delle preoccupazioni o dal ricevere supporto dal gruppo, e la soddisfazione quando insieme si trova una soluzione o quando viene valorizzato il proprio punto di vista. I professionisti hanno dichiarato, infatti, di sperimentare il piacere di confrontarsi e di scambiare letture, idee, ecc. nei momenti di équipe, quando vi sono situazioni difficili da affrontare o quando il gruppo riesce a far emergere le idee di tutti, trovando strade alternative, le quali magari per qualcuno erano difficili da immaginare. Un'altra emozione piacevole che riportano gli operatori è legata al senso di alleggerimento che trasmette l'équipe. Essa, infatti,

permette ai singoli di sentirsi sollevati poiché consente di condividere una preoccupazione in merito ad una situazione, di ricevere un aiuto da parte di colleghi, di concedere un momento nel quale sfogare un'emozione forte e di condividere la responsabilità, non nel senso di delegare, ma di affrontare un caso con una consapevolezza diversa, con il supporto e la collaborazione degli altri. Infine, i professionisti dichiarano di provare soddisfazione quando tutti insieme riescono a trovare una soluzione ad un problema complesso, o quando sentono che il loro punto di vista viene valorizzato all'interno del gruppo. La soddisfazione, a detta degli intervistati, sta nella condivisione, nel mettere in comune qualcosa e nel sentire che all'interno di tale pluralità la propria idea conta, percependo fiducia.

“Il piacere di condividere, il piacere dal punto di vista professionale, di poter esprimere il parere su una situazione e di poter costruire qualcosa insieme con gli altri. Quindi il piacere di condividere e costruire insieme. Questa è l'emozione, quando dobbiamo pensare a un progetto, pensare a un progetto per un paziente e quindi si metti insieme i pezzi” (Int. 6).

“Ti senti sicuramente meno solo nell'affrontare tutte le situazioni e anche un senso vero di alleggerimento, perché nel momento in cui tu condividi un problema che ha anche il paziente, ma che quindi hai tu, oggettivamente ti senti alleggerito, ti senti non deresponsabilizzato, ma aiutato nella responsabilità che tu hai per questo paziente” (Int. 3).

“Un'emozione positiva quando sicuramente viene valorizzato il punto di vista delle altre persone o quando percepisci e osservi che c'è una soluzione a una situazione difficile. Oppure quando le persone collaborano e capisci che c'è sintonia, collaborazione quindi un sentimento di serenità” (Int 9).

Per quanto riguarda le emozioni meno piacevoli legate al lavoro in équipe, invece, i professionisti hanno dichiarato di provare rabbia, frustrazione, noia, la sensazione di essere giudicati, il timore di esporsi e il disagio quando si percepisce astio. La rabbia e la frustrazione sopraggiungono quando non ci si sente capiti e quando il proprio impegno non genera i risultati che ci si attende, anche nel lavoro con i colleghi. La noia è legata secondo alcuni, invece, al fatto che le équipe spesso siano ripetitive e ridondanti e al fatto che si ripetano sempre gli stessi concetti per le stesse situazioni. Anche in questa fase, inoltre, ritorna il tema del giudizio, dal momento che gli operatori affermano che gli capita di sentirsi a disagio durante le riunioni quando percepiscono che gli altri li stanno giudicando e che non hanno fiducia in loro. Questo porta alcuni a vivere quelle situazioni

con il timore di esporsi, limitando, così, la loro partecipazione. Infine, anche se emerge con meno frequenza, c'è chi ha segnalato di sentirsi a disagio quando si crea una situazione di astio, anche quando non si è coinvolti in prima persona e la vicenda riguarda un collega.

“Chiaramente la rabbia, se non ci si sente capiti” (Int. 5).

“Tante volte, io ti dico che quelle negative mi sento un po' frustrato quando vedo che il mio impegno diciamo non rende come dovrebbe rendere, quindi, diciamo, un po' di frustrazione” (Int. 11).

“Mi annoia per la ripetitività dei casi e di quello che viene detto. La noia per il senso di inutilità in tutte queste parole, che alla fine non portano quasi a niente [...]. Per la sensazione di non star producendo niente” (Int. 3).

“Nel momento in cui sento che, come dire, non c'è collaborazione, c'è giudizio. Ecco, una cosa che a me dà molto fastidio, anzi mi fa molto arrabbiare quando io sento che è una critica, non è un punto di vista. Ecco, quando io sento che è una critica mi fa molto arrabbiare perché la critica a me non interessa, a me interessa dire ok, guarda, è meglio che condividiamo e che rivediamo perché tutti facciamo tanta fatica” (Int. 8).

“Può essere il disagio quando si sente... si percepisce come dire dell'astio all'interno dell'équipe. Quindi a volte sì, il disagio di sentire astio, ma non necessariamente nei miei confronti, in generale un clima di astio all'interno dell'équipe” (Int. 6).

#### *5.1.9 Aspetti che favoriscono il lavoro in équipe*

Al fine di cercare di comprendere come si possa riuscire ad ottenere un buon lavoro in équipe, è stato chiesto ai partecipanti quali siano gli elementi che lo favoriscono.

L'analisi delle interviste ha evidenziato come vi sia un aspetto che è stato citato da quasi tutti i professionisti, ovvero il rispetto dei ruoli. Secondo gli operatori del SerD, infatti, un elemento chiave per poter garantire una buona collaborazione è rappresentato dal fatto di conoscere e rispettare i propri ed altrui ruoli, compiti e competenze. L'andare oltre, lo sconfinare nel campo del collega, infatti, rischierebbe di creare tensioni e conflittualità.

“Il rispetto reciproco e il riconoscimento del proprio ruolo. Reciproco, deve essere reciproco. Io riconosco il mio ruolo e l'altro deve riconoscere il mio ruolo. Io ti riconosco il tuo, tu riconosci il mio. Quindi una sorta di reciprocità nel riconoscersi nel ruolo e nel rispettare” (Int. 6).

“Aver chiaro, mettiamo, che se io lavoro come assistente sociale, io devo fare l'assistente sociale, non devo fare lo psicologo o l'educatore. Nel momento in cui io porto il mio



contributo, la mia valutazione, una mia progettualità, parto da quello che sono io sul piano professionale, quindi l'importanza è aver chiaro quello che è il tuo ruolo, il ruolo di ciascun collega e il fatto di dire noi siamo presenti per il bene del paziente, quindi cosa posso fare? Cioè essere consapevole di quella che è la tua parte nella progettualità della persona” (Int. 7).

Un altro aspetto che è emerso in diverse interviste è la disponibilità all’ascolto dell’altro, anche quando non si condivide quello che sta dicendo. Solo in questo modo, secondo i professionisti, è possibile poter osservare la situazione secondo più punti di vista, i quali non devono per forza essere giusti o sbagliati, ma semplicemente una prospettiva differente sulle cose.

“La capacità di ascolto [...] quindi la capacità di ascoltarsi e di come dicevo prima, i punti in comune, più che le differenze. Quello potrebbe essere rischioso perché il non ascoltarsi non permette di riflettere su ok, magari abbiamo punti di vista diversi, ma ci sarà qualcosa in comune che può essere utile poi per il paziente, perché poi non è una questione di relazione tra noi, ma di quello che noi stiamo facendo per il paziente” (Int.2).

“Perché anche se può sembrare magari che un tuo collega dice una cavolata, l'ha detta alla luce di una sua logica. E quindi sarebbe sempre opportuno andare a ricercare quale è stata questa logica per capire un po' meglio, diciamo il punto di vista degli altri. Se tu riesci a fare questo sforzo ti metti in una posizione in cui riesci ad andare d'accordo con il tuo interlocutore, con il tuo collega. Poi io posso anche non andare d'accordo” (Int. 11). Altri aspetti che non sono stati citati con una frequenza maggiore, ma che sono stati proposti da uno o da pochi operatori sono legati alla trasparenza e alla condivisione di spazi comuni. La trasparenza fa riferimento al fatto di esplicitare quando non si è d'accordo, facendo attenzione a rimanere sul piano dei dati oggettivi. La creazione di spazi di condivisione, invece, fa riferimento a momenti esterni al lavoro in équipe vero e proprio, i quali possono aiutare a creare una relazione tra i colleghi, tornando utili anche nelle situazioni di tensione.

“Allora, uno degli aspetti che io amo di più e che solitamente aiuta le relazioni tra i colleghi è la trasparenza, cioè io posso comunque essere in disaccordo con un collega e lo posso esprimere mantenendo l'attenzione sul motivare su che cosa non sono d'accordo. E quindi spostando la comunicazione su contenuti che riguardano il percorso del paziente, le ipotesi di lavoro e non cadendo sulla trappola dell'operatività condotta fino a quel momento” (Int. 4).

“Se io ho degli spazi di condivisione al di fuori del lavoro che non vuole dire, tutti ci amiamo tutti siamo d'accordo tutti, ma [...] il trovarsi al di fuori di quello che è l'istituzionale, ma che può essere anche il semplice andare in mensa. Cioè ritrovarsi in un ambiente in cui puoi dire le cose in modo più stemperato, più rilassato, questo ti permette secondo me di lavorare meglio anche fuori, cioè nel momento in cui tu sei all'interno di un'équipe focosa in cui ognuno ha il proprio punto di vista, in cui non è condiviso, in cui ti arrabbi, alzi i toni, se tu poi hai anche un altro momento in cui c'è leggerezza, riesci a riprendere questa cosa” (Int. 12).

#### *5.1.10 Ostacoli al lavoro in équipe*

Gli operatori del Servizio, oltre agli aspetti che possono favorire il lavoro in équipe, ne hanno evidenziato anche i possibili ostacoli.

Uno degli elementi capaci di compromettere una buona collaborazione all'interno dell'équipe che emerge con maggiore forza è quello del giudizio. Quando la critica va oltre il piano oggettivo e ricade sulla persona, sostengono i professionisti, la relazione si deteriora e ne risente la collaborazione. In tali situazioni, la persona criticata tende ad avere timore di esporre le proprie idee e posizioni, delegando agli altri.

“Uh, è il giudizio, cioè quando tu senti che i colleghi sono molto giudicanti, quando hanno paura delle loro posizioni, per cui hanno paura delle loro azioni, per cui o non prendono posizioni, o ti delegano, o se succede qualcosa, ti restituiscono la responsabilità” (Int. 7).

Un ulteriore elemento che secondo i rispondenti può avere un effetto negativo sull'équipe è rappresentato dalla mancanza di fiducia. Questo può avvenire quando un operatore viene considerato meno competente di altri e per tale ragione la sua idea viene presa meno in considerazione o non viene proprio considerata. Una situazione simile può portare alcune persone a ritirarsi, a non offrire più il proprio contributo, facendo venir meno le ragioni prime dell'équipe, ovvero la collaborazione tra professionisti diversi e l'integrazione di differenti prospettive.

“Quello è un disastro. E questa è una cosa che succede nelle équipe: persone che stanno zitte perché hanno paura, persone che sono considerate meno capaci” (Int. 3).

“Che qualcuno magari non si senta bene all'interno del gruppo, che qualcuno non si senta parte del gruppo [...]. Se tu hai fiducia nelle persone... che la fiducia, ecco, ecco un termine che a me piace molto. Io devo aver fiducia con chi lavoro, perché se non ho fiducia casca tutto. Cioè faccio fatica, allora lì diventa... manca la base, allora lì diventa tutto faticoso” (Int. 8).

Dalle interviste, inoltre, emerge che anche lo stress e il burnout possono essere fattori di rischio per la collaborazione. Questi, infatti, possono incidere sull'umore della persona e sulla sua predisposizione a collaborare. Secondo i rispondenti, tale situazione può essere la conseguenza della mancanza di tempo e risorse, o della complessità dei casi. Un elemento di criticità, dunque, può essere legato al non riconoscere quando un collega si trova in burnout, non riuscendo, quindi, a sostenerlo.

“Quindi, se noi come équipe non riusciamo a cogliere tra noi l'andare in burnout potrebbe essere un fattore limitante, quindi non accorgersi che un collega [...] è in difficoltà, non vedere, non ascoltare quella parte, non raccoglierla potrebbe essere un ostacolo al lavoro d'équipe” (Int. 2).

“Allora quello che può ostacolare secondo me il lavoro d'équipe è il poco tempo e le poche risorse. Se io ho poco tempo e ho tanti casi, sono sovraccarico, sicuramente sono più teso, più arrabbiato. Credo sia difficile sotto stress lavorare bene. Quindi, l'essere pochi, sempre in straordinario, sempre sotto stress credo che questo sia un tallone d'Achille per tutti” (Int. 12).

Alcuni professionisti hanno, poi, individuato nell'eccesso di autorità un possibile fattore d'ostacolo alla collaborazione dell'équipe, sostenendo che se il legittimo e necessario aspetto gerarchico viene estremizzato e, di conseguenza, se la valutazione e la decisione spettano a pochi, allora il lavoro in team perde di significato.

“La troppa autorità da parte dei dirigenti” (Int. 11).

Vi è, infine, un fattore sottolineato solo da un operatore, ma che sembra avere un impatto rilevante, soprattutto all'interno di un servizio come il SerD. Questo elemento è rappresentato dalla possibile aggressività delle persone che accedono al Servizio, la quale può mettere uno contro l'altro gli operatori.

“Allora una delle cose che negli ultimi anni si è palesato nei servizi e che ha creato pesantezza in tutto il gruppo di lavoro è legato alle manifestazioni di aggressività da parte dei pazienti, anche a tutta una serie di procedure che comunque sono di tutela della cura ma che vanno sotto il cappello della sicurezza. Per esempio, proteste da parte dei pazienti oppure vere e proprie dichiarazioni di non professionalità, che chiamano in causa l'operatore X piuttosto che l'operatore Y. Richieste di cambio di operatore perché non è simpatico [...]” (Int. 4).

### *5.1.11 Le competenze necessarie*

Al fine di cercare di comprendere quali siano i fattori che determinano un buon funzionamento del lavoro in équipe, appare interessante indagare quali siano le competenze che gli operatori ritengono necessarie per garantire una buona collaborazione interprofessionale.

Secondo i professionisti, una delle capacità principali che un operatore deve avere per poter lavorare in équipe è il rispetto dell'altro. Questo tema ritorna spesso, e gli intervistati lo intendono in una duplice accezione: è necessario avere rispetto dell'altro come persona e come professionista, delle sue idee e delle sue proposte; ma è necessario, anche, fondare l'approccio al lavoro con gli altri sulla premessa che, qualora vi sia una divergenza, si contesterà l'argomentazione, il contenuto e non la persona o la relazione. Per gli operatori, dunque, è indispensabile portare rispetto all'altro e, allo stesso tempo, essere capaci di accettare le critiche in sé, riuscendo ad evitare di far scivolare il dibattito sul piano personale.

“Deve aver fatto pace con sé stesso. E non è scontato. Deve partire dal presupposto che l'altro non è in opposizione con te, ma l'altro ti fa da specchio, no? Ti aiuta e questo non è facile, anche se sei nella migliore delle predisposizioni non è sempre facile quando l'altro ti fa notare che hai sbagliato una cosa dire ah sì, ok, è vero, hai ragione” (Int. 8).

Tale capacità è legata, inoltre, a quella di mantenere una determinata apertura mentale, di essere flessibili, di mettere in discussione le proprie posizioni e di essere disponibili al dialogo.

“La disponibilità in qualche modo al parlarsi, al dialogo. La disponibilità, come dire, a mettere nelle condizioni tutti di poter... di poter esprimere il loro punto di vista e avere la sensazione di poter contribuire” (Int. 1).

“La capacità di mettersi in discussione [...]. Perché io posso anche ragionare in modo da risolvere certi problemi, ma se questo mio modo di ragionare continua a cozzare con quello dei propri colleghi, no? Eh io posso avere anche capacità di problem solving, ma non me ne faccio niente” (Int. 11).

Per gli operatori, inoltre, fondamentali risultano essere le capacità che loro definiscono “personali”. All'interno di tale categorie rientrano l'empatia, l'umiltà, la capacità di inserirsi con cautela in un gruppo, la capacità di ascolto, la gentilezza e l'ironia. Tuttavia, è importante sottolineare che queste non rappresentano semplicemente abilità legate a fattori personali di cui un singolo dispone o meno. Al contrario, esse sono vere e proprie

competenze che un operatore deve sviluppare a livello professionale attraverso l'esperienza e la formazione.

L'empatia aiuta a mettersi nei panni degli altri e a comprendere il loro punto di vista, aspetto fondamentale in un'équipe. È importante, sostengono i rispondenti, cercare di comprendere la posizione e le emozioni degli altri, facendo attenzione anche al non verbale e ai non detti, aspetti che possono comunicare molto. L'umiltà, invece, è emersa come aspetto fondamentale per dare valore alle considerazioni e agli interventi dei colleghi, permettendo al professionista di non sentirsi migliore e di accogliere anche i punti di vista differenti dal proprio. A questo si legano la capacità di ascolto e la gentilezza, elementi che potrebbero sembrare banali, ma che secondo gli operatori sono fondamentali e stanno alla base di buone relazioni interpersonali. La capacità di inserirsi con cautela in un gruppo fa riferimento, invece, al fatto che un professionista appena formato non dispone già dell'abilità di relazionarsi in modo impeccabile con tutti solamente in virtù della sua laurea, ma deve apprendere sul campo, nelle interazioni con i colleghi e, sottolinea un intervistato, deve quindi avere la pazienza di imparare, essere tollerante ed entrare con una certa sensibilità all'interno del gruppo. Uno degli aspetti personali che è emerso con maggiore rilevanza è, infine, l'ironia. Secondo i professionisti, essa serve a fortificare le relazioni, a creare un buon gruppo e a stemperare i momenti di criticità, i quali, a causa delle complesse situazioni che si trova ad affrontare un servizio come il SerD, sono molto frequenti.

“Beh sì, l'empatia, di base. Poi anche la capacità che rientra forse nell'empatia di cogliere gli aspetti non verbali, perché poi con il non verbale noi comunichiamo molto. Quindi, nel momento in cui magari c'è la l'impressione che qualcosa non è chiaro, è sempre meglio dirlo, verbalizzare le cose, perché fa più danni un non detto che il dirsi chiaramente” (Int 2).

“La capacità di andare d'accordo, di relazionarsi con i colleghi, la capacità anche di tollerare ed imparare. Quindi non sono già [bravo a relazionarmi con i colleghi] perché ho una laurea eccetera, non è detto che questo corrisponda al fatto che posso già fare tutta una serie di cose. E come dire, la possibilità anche di affidarsi ai colleghi” (Int. 4).

“L'ironia. Ogni tanto ridere di noi, ridere della situazione. Anche perché, anche qui, l'ironia ti apre delle finestre di pensiero creativo” (Int. 5).

### *5.1.12 Possibili interventi*

Alla luce degli aspetti che ostacolano e che favoriscono il lavoro di équipe, delle emozioni provate e delle competenze necessarie, è stato chiesto ai partecipanti quali interventi potrebbero essere messi in atto per migliorare la collaborazione interprofessionale all'interno del Servizio.

L'intervento che viene proposto dagli operatori con maggior frequenza al fine migliorare il lavoro in équipe è l'introduzione di un mediatore esterno. Secondo alcuni operatori, tale figura, essendo esterna e non conoscendo l'ambiente, può osservare le dinamiche tra colleghi senza pregiudizi interni, fornendo spunti di formazione e lavorando con il gruppo per migliorare gli aspetti di criticità.

“Poi vedrei bene un mediatore esterno all'interno dell'équipe che non conosce l'ambiente ma che osserva le dinamiche, che può dare degli spunti di formazione. Cioè nel senso, è un osservatore che poi in una seconda parte lavora con il gruppo invece, per lavorare sulle dinamiche che vede all'interno dell'équipe” (Int. 9).

Tuttavia, vi è chi, pur riconoscendo i vantaggi che tale soluzione garantirebbe al fine di risolvere i problemi da un punto di vista professionale e del funzionamento del sistema, sostiene che spesso le reali difficoltà nascono da criticità legate a fattori personali. Per tale motivo, a detta di questi professionisti, la supervisione rischia di rivelarsi un intervento non sempre così efficace.

“Di solito si pensa che ci debba essere la supervisione [...]. Allora, se io lo guardo dal punto di vista professionale, questo ha molto senso, cioè nel senso, vede dove ci possono essere i problemi e si risolvono, quindi qualcuno da fuori vede il funzionamento, ok, quindi di come funziona il sistema e apporta dei cambiamenti. Tantissime volte però non sono non sono le questioni professionali a creare delle difficoltà nel lavoro di équipe, ma questioni anche più personali di simpatie, di non simpatie, ed aspetti che non hanno a che fare solo con l'aspetto professionale, ecco. Quindi ho visto delle volte delle supervisioni finire male perché non si trattava di un problema professionale. Quindi ci sono dei pro dei e dei contro rispetto a questa cosa qua” (Int. 5).

Un ulteriore intervento finalizzato al miglioramento del lavoro in équipe che è stato proposto da alcuni professionisti è rappresentato dalla creazione di momenti di metacomunicazione in cui l'équipe stessa si ferma, si riunisce e cerca, in modo corale, di elaborare delle soluzioni per migliorare il proprio funzionamento. Tale procedimento acquisisce valore, secondo i rispondenti, solo se viene lasciato modo ad ognuno di poter esprimere la propria opinione, senza sentirsi giudicato o sfiduciato.

“Secondo me, questi provvedimenti [per migliorare il funzionamento] potrebbero essere discussi dall'équipe stessa [...] secondo me potrebbe essere una bella esperienza fare tipo quei brainstorming no? Dove ognuno parla apertamente di ciò che realmente pensa [...]. Però richiede una capacità anche di dire veramente ciò che si pensa apertamente che non è da tutti secondo me. Però sarebbe bello che tutti potessero partecipare e perché spesso capita a volte che in équipe sono sempre un po' gli stessi a parlare” (Int. 2).

“È di aprire dei tavoli di lavoro in cui ogni professionista può mettere una sua energia motivazionale per investire nella progettualità” (Int. 4).

Alcuni operatori, in particolare, ritengono che per migliorare il funzionamento dell'équipe sia utile recuperare gli impliciti sui quali si poggia il lavoro del gruppo, rivedendo insieme sia la letteratura e i modelli teorici per creare una base di conoscenze e un linguaggio comuni, sia le funzioni e i compiti di ciascuno, in modo tale che i singoli siano consapevoli delle aree in cui intervenire, evitando sovrapposizioni e, di conseguenza, migliorando il funzionamento del team. Queste riflessioni richiamano la criticità sopra rilevata circa la mancanza di idee e conoscenze chiare, esplicite e condivise sulle funzioni dei singoli ruoli professionali all'interno del SerD.

“Recuperiamo gli a priori del Servizio, no? Che cosa è un aspetto della dipendenza, no? Che cosa vuol dire lavorare in équipe? Cosa dice la letteratura? E se tu vuoi parlare, lavorare in termini di équipe, devi parlare proprio di recuperare un po' il contenuto della problematica no? Anche di letteratura, di linee guida, di proto colli, cioè devi partire da qualcosa di molto concreto, ma che ha a che fare con la storia, con l'organizzazione proprio del Servizio” (Int. 7).

“Secondo me la condivisione delle premesse e il fatto che io non debba mettere in difficoltà l'altro, ma devo facilitare il lavoro dell'altro, ok? [...] io lavoro su questo, tu lavori su questo, tizio su questo. Perfetto. Ognuno fa il proprio lavoro” (Int. 5).

Dalle interviste emergono, inoltre, una serie di possibili interventi per migliorare il lavoro d'équipe all'interno del Servizio che sono stati proposti da singoli operatori, ma che meritano ugualmente di essere approfonditi.

Una proposta fa riferimento al fatto di stabilire un tempo predefinito a intervento durante l'équipe per ciascun operatore, definendo anche un numero massimo di casi da poter esporre durante la riunione. Queste accortezze, secondo il professionista, permetterebbero di ottimizzare i tempi, di far emergere solo le situazioni più importanti evitando perdite di tempo e di fornire a tutti la possibilità di parlare.

“Dire tu parli per tot. minuti ad ognuno e di contingentare il numero di casi che ognuno può portare, cioè ognuno può portarne in équipe ogni volta, mi invento, due, facciamo per dire, perché sennò ci sono certi operatori che ogni volta portano dieci casi e certi operatori che non ne portano mai nessuno” (Int. 3).

Un altro intervistato suggerisce, invece, di promuovere una formazione continua sul lavoro di équipe all’interno del SerD, concentrandosi in modo specifico sul loro Servizio.

“Secondo me ci vuole una formazione specifica continuativa proprio sul lavoro, sul senso del lavoro di gruppo, ma specifico sul nostro lavoro di gruppo, non in generale” (Int. 6).

Infine, un ultimo possibile intervento riguarda la modalità con la quale viene svolta l’équipe e, specificamente, l’operatore ritiene che le riunioni in presenza e non on-line come si svolgevano durante il periodo pandemico, possano aiutare a generare un clima migliore. Esso suggerisce, anche, di tornare a svolgere l’équipe tutti attorno ad un tavolo sul quale vi devono essere delle caramelle, in modo tale da creare un ambiente caratterizzato dai convivialità, in grado di aiutare a stemperare i momenti di difficoltà.

“L’équipe in presenza [...] facilitava, secondo me, ancora di più quando eravamo in una stanza con i tavoli in centro in cui c'era appunto il cesto di caramelle e cioè credo che proprio l'aspetto potrei dire quasi conviviale faccia lavorare su un livello di minor tensione, perché cala la sensazione di giudizio” (Int.12).

## **5.2 LA CULTURA ORGANIZZATIVA DEL SERVIZIO**

### *5.2.1 La mission*

Il primo passo per cercare di comprendere la cultura organizzativa del Servizio è costituito dall’identificazione della mission aziendale nelle rappresentazioni degli operatori.

Il SerD è un servizio specialistico e, quindi, i suoi obiettivi e le sue funzioni sono ben definiti dalla legge. Questo fatto è confermato dalle risposte alla domanda sulla mission fornite dai professionisti, i quali, ognuno con il proprio linguaggio e la propria sensibilità, hanno sottolineato come la mission del SerD sia legata all’accoglienza, al trattamento e alla cura di persone che presentano una dipendenza. Anche se l’aspetto della prevenzione non viene citato da molti operatori, una buona sintesi dell’idea di mission che hanno manifestato i professionisti è rappresentata dalle seguenti definizioni:

“Prevenzione, cura e riabilitazione, no?” (Int. 1).

“Allora il SerD è un servizio sanitario col compito di aiutare le persone che sviluppano una dipendenza o che possono avere delle difficoltà legate all'uso di sostanze, al Gioco



d'Azzardo o altri tipi di dipendenza. Quindi va a sostenere sia la persona che anche l'ambiente familiare nella difficoltà, nel momento di dove si manifesta il problema” (Int. 6).

Dalle interviste emerge con chiarezza che la cura che i professionisti hanno in mente non è caratterizzata da un solo aspetto, bensì è composta dalla dimensione sanitaria, da quella psicologica e da quella sociale. Gli operatori sottolineano più volte, inoltre, come il focus sia sul paziente e sulla sua famiglia. Questo significa riconoscere le esigenze uniche di ciascuna persona e lavorare su obiettivi personalizzati per migliorarne le qualità di vita. La mission sembra ruotare, dunque, attorno alla cura globale della persona.

“Per cui è un servizio che si occupa della salute e si occupa poi di tutta comunque la qualità della vita della persona. Quindi c'è una presa in carico a 360°. Però, ecco, dobbiamo mettere un po'insieme gli obiettivi, no? Perché è importante” (Int. 7).

“Credo che poi ogni paziente abbia... per ognuno di loro ci sia un obiettivo raggiungibile e un benessere raggiungibile e credo che la nostra mission sia questa scelta” (Int. 12).

Un altro aspetto che emerge dalle risposte, è che i professionisti sono ben consapevoli di essere inseriti all'interno di un sistema di servizi territoriale. Essi, infatti, ritengono fondamentale la collaborazione con il territorio al fine di poter garantire la cura alla persona. Tale aspetto potrebbe denotare un'apertura verso l'esterno del Servizio e una cultura aziendale caratterizzata dalla collaborazione inter-organizzativa.

“[L'obiettivo del Servizio] è condiviso ovviamente con altre agenzie: privato sociale in particolare, la scuola e la prefettura, insomma sono tutte aree in qualche modo di intersezione, tutte istituzioni con le quali si collabora, i Comuni, gli enti locali, le scuole” (Int.1).

“È importante comunque il coinvolgimento della famiglia nella presa in carico della persona che ha un problema con le sostanze e poi tutta la rete del territorio, perché la persona comunque poi vive nel proprio territorio. Per cui noi riusciamo ad essere un servizio specialistico, ma che deve essere inserito nella comunità, quindi a contatto con l'ambiente in cui vive la persona” (Int. 7).

La mission del Servizio appare, dunque, chiara e condivisa da tutti i professionisti. Un'unica differenza potrebbe essere rappresentata da cosa ognuno intende con “cura”, ovvero dal grado e dai risultati che ciascuno pensa di poter o dover raggiungere. Tuttavia, non tutti i rispondenti hanno approfondito tale aspetto, motivo per il quale è difficile fare un confronto. Appare comunque interessante presentare alcune visioni raccolte in merito, al fine di cogliere la complessità che questo aspetto può assumere.

“[La mission] di questo Servizio sarebbe di aiutare questi pazienti, a mio avviso, a recuperare, arrivare a una a, come dire, ad avere in qualche modo una vita secondo me meno tormentata e come ti posso dire? Meno pericolosa. Secondo me è un po’ quello, cioè: io non ritengo che la mission sia in assoluto disintossicazioni, gente che cambia dal giorno alla notte, no. Cioè, non la ritengo realistica, però ritengo che se noi riuscissimo a dare stabilità [...]” (Int. 3).

“La mia idea può essere non condivisibile, la mia idea di mission del SerD è quella di rendere, di dare al paziente la miglior vita possibile per quello che ha” (Int. 12).

### *5.2.2 I valori*

Un ulteriore elemento chiave della cultura organizzativa che è stato analizzato durante la ricerca sono i valori dichiarati dal SerD.

Uno dei valori del Servizio che gli operatori citano più frequentemente è relativo all'accoglienza. Questa, secondo i professionisti, si declina nell'attenzione, nell'ascolto e nella disponibilità verso la persona che si rivolge al Servizio, la quale viene posta al centro dell'intervento.

“Di sicuro c'è una grande disponibilità, un grandissimo... storicamente c'è un grandissimo ascolto, una grandissima attenzione al paziente, questo sì. Non posso proprio dire di no, quindi i vantaggi di questo SerD secondo me sono relativi anche all'accoglienza. C'è un SerD dove c'è una buona accoglienza del paziente” (Int. 3).

Diversi operatori sottolineano come sia necessario entrare in punta di piedi nella vita delle persone, rispettandone i valori, le scelte e la storia. I valori che ne conseguono sono dunque il rispetto, la dignità della persona e il non giudizio.

“Noi lavoriamo con le storie di vita delle persone, nel momento in cui entriamo nelle storie delle vite delle persone [...] si entra in punta di piedi e chiedendo anche permesso. Io ne ho fatto un mio mantra, eh, perché abbiamo, chi è da questa parte della scrivania, anche comunque un potere tra virgolette, cioè nel senso che quando tu incontri le persone in difficoltà, loro anche sono molto vulnerabili, per cui loro si abituanano, si affidano molto a te, per cui dobbiamo stare un po’ anche attenti. Quindi, come dire, come conciliare quello che è il nostro mandato, coi nostri valori, ma anche con i loro valori. Ecco, dobbiamo stare attenti a muoverci anche nel rispetto dell'altro, ma con i suoi valori” (Int. 7).

Trattandosi di un servizio specialistico mirato al trattamento di persone che presentano una dipendenza, un altro dei valori maggiormente riportati fa riferimento alla cura, al prendersi cura, all'aiuto e al sostegno.

“Comunque i valori base sono la voglia di aiutare le persone [...]” (Int.2).

“Il valore della cura, quindi del sostegno” (Int. 4).

“Il valore dell'aiuto, della cura, del prendersi cura” (Int. 6).

Un altro valore che sembra essere alla base del SerD è la tutela della privacy. Alcuni operatori sostengono che tutti i colleghi sono attenti a questo aspetto e che il Servizio in passato, pur di rispettare la privacy delle persone, ha preso delle scelte in controtendenza con altri servizi simili del Dipartimento.

“Allora, la tutela della privacy in primis. Su questo noi siamo andati contro anche agli altri servizi del Dipartimento, puntando i piedi e continuando su questa riga. [...]. Credo che tutto il nostro Servizio da questo punto di vista sia veramente ligio, da questo punto di vista credo sia un valore” (Int. 12).

Un aspetto che emerge in alcune interviste è che il SerD è un servizio pubblico, il quale deve rispettare delle regole e delle norme. L'ambito delle dipendenze può chiamare in causa quello della Legge, la quale prescrive obblighi e responsabilità per gli operatori. Il Servizio può, inoltre, dover rapportarsi con la Giustizia nel momento in cui una persona che vi accede commette dei reati. Per alcuni operatori, dunque, uno dei valori del SerD risiede nella legalità e nel rispetto della Legge.

“Allora, chiaramente la parte della legalità, quello è un limite molto imprescindibile. Cioè, nel senso che comunque, nel momento in cui tu hai a che fare con persone che passano quel livello là ok, per cui mettono in pericolo persone, siamo anche dei funzionari pubblici, ok?” (Int. 5).

Infine, è interessante notare come un operatore, parlando dei valori del Servizio, faccia riferimento al lavoro di rete, riferendosi in realtà al lavoro in équipe. Tale professionista, infatti, sottolinea l'importanza dell'aiutarsi fra colleghi, non scaricando le proprie responsabilità, ma sostenendo l'altro nelle aree che non sono di sua competenza.

“E poi anche il lavoro di rete. Che non è uno scaricabarile, è proprio un lavoro di rete, di rete come risorse, cioè inteso proprio come risorse, non come fai tu quello che non voglio fare io, ma fai tu quello che non riesco a fare io, è diverso” (Int. 12).

### *5.2.3 Coflittualità o coerenza tra i valori del Servizio e quelli dei professionisti?*

Al fine di cercare di comprendere la cultura organizzativa del Servizio non basta individuare quali siano i valori di quest'ultimo, ma è necessario capire anche se essi siano coerenti o meno con quelli dei singoli professionisti.

La maggior parte degli operatori sembra condividere i valori del SerD: nessuno riporta dei valori per i quali non si sente a suo agio, con i quali non si trova d'accordo. Alcuni, al contrario, dichiarano di rivedersi nei valori del Servizio, i quali rappresentano per loro una bussola anche nella vita quotidiana. A unire operatori e SerD sembrano essere, soprattutto, i valori del non giudizio e dell'accoglienza.

“No, ci sono [incoerenze con il personale sistema valoriale], è coerente con i valori del SerD con quello sì, sì, c'è coerenza, insomma” (Int.8).

“No, io penso che sia abbastanza simile. Tant'è vero che tante volte, quando magari vado in [altri] contesti [...] io mi rifaccio un po' a quello che è il modus operandi del SerD, no? Io mi sono trovato molto bene da questo punto di vista, per il fatto di non stigmatizzare le persone [...]”. (Int. 11).

“E quindi, se io dovessi dire il mio valore principale è quello dell'accoglienza e della curiosità, mi verrebbe da dire” (Int. 5).

Un aspetto per il quale, invece, alcuni professionisti si sentono più distanti dal Servizio è rappresentato dalle metodologie operative. Il trattamento terapeutico, infatti, può essere condotto secondo modelli di riferimento e metodologie differenti e, allo stesso modo, anche gli operatori possono essere caratterizzati da formazioni e approcci differenti. Questo a volte può essere la causa di vedute differenti anche fra figure della stessa professione, ma si tratta di un fenomeno piuttosto comune all'interno dei servizi alla persona. I professionisti riferiscono di sentirsi distanti da alcune metodologie del Servizio soprattutto per quanto riguarda le modalità operative, la gestione dei farmaci e le tecniche di trattamento.

“Ci sono alcuni colleghi che hanno manifestato delle divergenze rispetto al tipo di approccio” (Int. 1).

“No, più che attriti, parlerei poi di punti di vista un po' diversi rispetto a come aiutare, No? (Int. 2)”.

È importante sottolineare come i professionisti riferiscano di aver già discusso tra di loro in merito a tali divergenze sull'approccio al trattamento e come loro stessi ammettano che ci si può adattare e che è possibile trovare un punto d'accordo. Inoltre, è doveroso ribadire come queste siano differenze di tipo prevalentemente operativo e non distanze dal punto

di vista valoriale. È possibile affermare, dunque, che uno dei punti di forza del Servizio è rappresentato dal fatto che, almeno per quanto è emerso da tali interviste, i propri operatori condividano i principali valori del Servizio stesso. Questo, infatti, può essere un fattore che aiuta a unire il gruppo e a costruire e perseguire obiettivi comuni.

#### *5.2.4 La conflittualità nel Servizio*

Un ulteriore elemento che può fornire indicazioni rilevanti per cercare di comprendere la cultura organizzativa del Servizio è rappresentato dalla conflittualità e da come questa viene gestita ed intesa. Tali aspetti, infatti, possono mettere in evidenza i rapporti che vi sono fra gli operatori, la presenza o meno di una struttura gerarchica, i valori del SerD e le caratteristiche tipiche di determinate forme di cultura organizzativa.

Dalle interviste emerge come la modalità principale di risoluzione delle conflittualità all'interno dell'équipe sia rappresentata dall'intervento del Responsabile. Di solito, quest'ultimo, convoca prima una parte e poi l'altra, cercando di affrontare la questione dal punto di vista dei dati oggettivi e lasciando a tutti la possibilità di esporre la propria posizione. In un secondo momento, esso convoca un colloquio con entrambe le parti, cercando di mediare, ma non imponendo per forza una strategia di riconciliazione.

“Solitamente si può procedere con una mediazione che viene fatta da parte del Responsabile, quindi convocando prima uno dopo l'altro, capendo un attimo quali sono i nodi operativi che sono entrati in difficoltà, quindi cercando di estrapolare da quello che viene riportato o dichiarato dai professionisti, non solo la parte narrativa del conflitto, ma anche le prove oggettive di questo, e proponendo delle soluzioni. Non è che allora, diciamo, il Direttore non è che deve per forza trovare una soluzione, non è che deve per forza imporre una strategia di riconciliazione” (Int. 4).

“Dipende, di solito è il Direttore che comunque aiuta e dà una mano nell'intervenire, insomma” (Int. 8).

Alcuni professionisti sostengono, inoltre, che a volte i conflitti possano essere gestiti in prima persona dai diretti interessati, i quali possono parlare tra di loro, cercando di risolvere il problema senza l'intervento del Responsabile.

“Uno dei due operatori che hanno avuto la conflittualità, va dall'altro operatore e cerca di chiarire” (Int. 6).

“Però io direi che se è un conflitto che nasce per delle incomprensioni tra i due colleghi che sono risolvibili tra loro due si possono anche risolvere da soli” (Int. 9).

Il fatto che la principale tecnica di risoluzione dei conflitti consiste in un intervento diretto del Responsabile può rappresentare un segnale della presenza di rilevanti caratteristiche di una cultura organizzativa di tipo gerarchico. Tale dinamica sembra far emergere, dunque, un'impronta gerarchica del Servizio, la quale può essere dovuta anche, come spiegano i professionisti, alla cultura organizzativa dell'Azienda Sanitaria. Tuttavia, tale gerarchia non sembra imporre una direttività eccessivamente stringente, almeno sotto questo aspetto, dal momento che la decisione sulle modalità di risoluzione non spetta necessariamente ai vertici e dal momento che i professionisti possono anche decidere di chiarire in prima persona, senza dover per forza coinvolgere il Responsabile.

#### *5.2.5 Quali idee sulla dipendenza e sulle persone che accedono al Servizio?*

Comprendere quali siano le idee degli operatori in merito alla dipendenza e alle persone che accedono al SerD permette di capire se vi siano un orientamento, una visione e dei valori comuni all'interno del Servizio.

I professionisti sembrano condividere l'idea secondo la quale la dipendenza sia un fenomeno complesso, costituito da numerosi fattori. Una cospicua maggioranza ritiene che questa sia una malattia, mentre alcuni pongono l'attenzione su fattori diversi. Chi la considera come una malattia si rifà alla letteratura scientifica e in particolare alle disposizioni offerte dal DSM5 e dal *National Institute on Drug Abuse (NIDA)*. Secondo tale prospettiva, la dipendenza è una malattia cronicorecidivante ed è, quindi, caratterizzata da un'elevata probabilità di ricadute.

“La dipendenza è una malattia cronica e recidivante” (Int. 8).

Come anticipato, questa è la concezione maggiormente diffusa, tuttavia ci sono operatori che offrono un'interpretazione più sfumata di tale visione, attribuendo notevole importanza anche ad altri fattori. Un professionista, ad esempio, ritiene eccessivamente rigido fare riferimento solo ad una malattia, sostenendo che tale prospettiva non conceda il giusto rilievo al contesto e ad alcune vulnerabilità che influenzano la persona.

“Non sono una persona che vede rigidamente la dipendenza come una malattia che si sviluppa ecc. Sono una persona che considera la dipendenza come anche un fattore che è dipeso dal contesto, che è dipeso da vulnerabilità che non sono state gestite o riconosciute e quindi che biologicamente sono state sviluppate utilizzando sostanze” (Int. 9).

Un altro rispondente, invece, riconduce la dipendenza a cattive abitudini, le quali sarebbero il risultato dell'educazione, della personalità e del contesto sociale dell'individuo.

“Io credo che le dipendenze siano dovute a delle cattive abitudini, no? [...] Io penso che comunque le cattive abitudini siano dovute un po' alla propria personalità, alla propria educazione, alla sfera sociale dove si è nati, anche all'ambiente” (Int.11).

In generale, a fronte delle differenze evidenziate, l'elemento che unisce tutti i professionisti è l'assenza di giudizio. Tutti i rispondenti, infatti, mostrano una visione non giudicante della persona che ha una dipendenza. Alcuni levano questo velo di giudizio per il fatto che si tratta, come detto, di una malattia, altri affermano che è una condizione che potrebbero sviluppare tutti, loro compresi.

“Allora qua mi collego, no, a quello che stavo dicendo adesso che letteratura è molto chiara, sai anche tutto il Nida che arriva dall'America, no? Si parla di una malattia cronico recidivante, se tu parli di malattia non scivoli sullo stigma, su se l'è voluta, su è responsabile lui. È una malattia e quindi come tale va trattata” (Int.6).

“Penso che ognuno di noi può andare incontro a una dipendenza che può essere dal telefono, dalle chat, dal cibo ecc. Quindi dipende sempre quale è stato il background della persona, quale è stato il contesto in cui è cresciuto. Dipende quindi da tanti aspetti, quindi io non giudico una persona che ha sviluppato una dipendenza come una persona a cui mettergli un'etichetta perché potenzialmente potrei essere stata anch'io ad aver una dipendenza, solo che ho avuto la fortuna di non averla avuta [...]” (Int.9).

Questo concetto legato all'assenza di giudizio ritorna spesso durante le interviste, a tal punto che alcuni operatori esprimono il desiderio che avvenga un cambio culturale anche all'interno della comunità, il quale possa permettere di considerare le persone che hanno una dipendenza in modo diverso.

“[...] è un paziente stigmatizzato, cioè il paziente che ha una patologia fisica che va dal neurologo, dal nefrologo, dal cardiologo, da qualsiasi specialista medico, nessuno si pone una domanda. Nel momento in cui vai a lavorare in una cosa che non è fisica, che non è reale, tutti pongono il problema che forse qualcosa di sbagliato c'è. Perché dobbiamo trattare l'ambito psichiatrico, delle dipendenze e della psicologia in modo diverso da qualsiasi altra specializzazione? Perché? Cioè secondo me bisognerà fare questo, questo passetto un salto culturale” (Int. 12).

Un altro aspetto condiviso dalla maggioranza dell'équipe è legato al passato delle persone che hanno una dipendenza. All'interno delle interviste, infatti, i professionisti pongono l'attenzione più volte sul passato di tali soggetti, descrivendoli come individui che hanno sofferto molto durante la propria vita, soprattutto nel periodo dell'infanzia. Per alcuni la dipendenza è il modo di reagire di tali persone a quello che hanno dovuto affrontare.

“La mia è l’idea di una persona che ha avuto un inizio della vita, quindi una primissima infanzia 0-3 anni, infanzia vera e propria, e anche preadolescenza e adolescenza, drammatica. Sempre, sempre, sempre. Cioè veramente non c’è nessuno che io abbia visto in questo SerD che non abbia, come dire, dei traumi enormi [...] c’è stato qualcuno che non metterei dentro questa categoria, ma stiamo parlando di veramente, forse, due persone” (Int. 3).

“Penso che la dipendenza come i vari sintomi siano un tentativo del paziente di trovare una soluzione ai loro problemi, che però hanno a che fare con tutta una serie di meccanismi che di solito hanno a che fare col sistema di riferimento con l’aspetto della storia, degli elementi traumatici e tutti gli eventi che in qualche modo hanno condizionato la vita di questa persona [...]” (Int. 5).

La convinzione che la dipendenza sia una malattia e che queste persone abbiano vissuto traumi significativi, non preclude, tuttavia, agli operatori di ritenere che tali soggetti conservano una certa responsabilità in merito alla situazione in cui si ritrovano.

“Cosa penso delle persone con una diagnosi di dipendenza? Beh, le immagino come fondamentalmente persone legate a una catena che, come dire, che chiedono di poter essere scatenate [...], liberate da questa prigionia in cui ci sono finite da sole e ci stanno anche dentro. A volte sono veramente attaccati a questa catena” (Int. 2).

“Allora, io credo che una parte di responsabilità comunque, che sta nell’autodeterminazione, ce l’abbiano, perché la possibilità di un cambiamento ci può stare [...]” (Int. 6).

Dalle interviste emerge, poi, un’ulteriore convinzione comune tra gli operatori, legata al fatto che, per le persone che accedono al Servizio, liberarsi da una dipendenza sia difficile ma, in determinate situazioni, possibile. Sono molti, infatti, a sottolineare come l’aspetto cronico-ricidivante rappresenti un ostacolo importante, ma, con sfumature leggermente diverse, i professionisti sostengono che la persona abbia la possibilità di riuscire a separarsi da quelle catene di cui parlava un operatore. Questo può succedere, spiegano, solo se il soggetto presenta una forte motivazione, se lascia entrare i professionisti nella sua vita e se garantisce continuità al programma terapeutico. Oltre a tali aspetti, gli operatori riferiscono che il buon esito del percorso è legato anche a fattori personologici, ambientali e sociali.

“Eh, dipende da quando il paziente entra in relazione con noi, cioè da quanto lui o lei ci fa entrare, fa entrare nella sua vita. Chi è più impermeabile e mette questo muro, penso che rimarrà lì, fermo, ma perché a priori ha già definito, no, che cosa vuole fare o non



fare. Invece chi è più permeabile, quindi chi ha più capacità di accogliere anche il punto di vista dell'altro, secondo me, che non ha a che fare con l'umiltà, è proprio con il riconoscimento dell'altro, ecco, ha più possibilità” (Int. 2).

In sintesi, dunque, le interviste hanno evidenziato come la maggior parte degli operatori considerino le persone con una dipendenza come individui che hanno sofferto molto e che devono fare i conti con una malattia cronico-recidivante, mantenendo una parte delle responsabilità sulla loro situazione. Essi, inoltre, ritengono che liberarsi da una dipendenza sia difficile e statisticamente riservato a pochi, ma lo credono possibile.

Alla luce di quanto presentato, è possibile affermare che i professionisti del Servizio condividono una serie di teorie, esplicite e implicite, a riguardo alle dipendenze e alle persone che ne sono coinvolte, le quali permettono loro di comunicare “parlando la stessa lingua”, facilitando, in questo modo, la collaborazione. Quest’ultima, infatti, è favorita nelle situazioni in cui gli operatori fanno riferimento ad un unico modello interpretativo, poiché questo permette di comprendersi e di confrontarsi. D’altro canto, non si può non rilevare come la stessa omogeneità delle visioni rappresenti di per sé un limite, in quanto mette l’équipe a rischio di sviluppare il cosiddetto *groupthink*, pensiero di gruppo, o pensiero unico, caratterizzato da rigidità, chiusura e resistenza al cambiamento. Il modello della dipendenza come malattia non è di certo l’unico proposto dalla comunità scientifica e nemmeno il più recente o il più accreditato, pur se il più diffuso soprattutto nei contesti sanitari. La complessità del fenomeno dell’uso di sostanze e, in generale, delle dipendenze a cui le stesse risposte degli intervistati fanno più volte riferimento non può certo essere interamente spiegata da considerazioni di natura medica, nemmeno se specificamente psichiatrica, e neanche allargando solo all’inclusione di valutazioni psicologiche. Solo una visione complessa del fenomeno, che tenga conto di tutti gli elementi implicati, sicuramente individuali ma anche relazionali, sociali, culturali, ambientali, così come del fattore temporale, dello sviluppo nel tempo del fenomeno, può avvicinarsi il più possibile ad una sua interpretazione realistica e completa e, dunque, tradursi poi in un modello di intervento davvero efficace, etico e stabile. Se da un lato intendere la dipendenza come una malattia consente di superare il rischio del giudizio e dello stigma, dall’altro di fatto deresponsabilizza non solo la persona ma tutto il sistema familiare e sociale di cui fa parte, incentivando invece quell’approccio assistenzialista e dipendente che il Servizio stesso dichiara di combattere. Nelle risposte dei partecipanti sopra riportate emerge infatti chiaramente l’incongruenza tra le affermazioni sulla

responsabilità della persona, spesso peraltro definita *paziente*, e la teoria medica della dipendenza come malattia cronica e recidivante.

#### 5.2.6 *La tipologia di cultura organizzativa*

Al fine di comprendere quale sia la cultura organizzativa del Servizio, è stato presentato brevemente ai partecipanti il modello elaborato da Cameron e Quinn (1999). Successivamente, è stato chiesto loro quale fosse, tra quelle proposte, la tipologia di cultura organizzativa che descriveva meglio quella del SerD.

Gli operatori non hanno riportato un unico modello, rigido, ben definito e capace di descrivere le specificità culturali del Servizio. Al contrario, dalle interviste emergono caratteristiche culturali diverse. A volte sono i professionisti stessi a dichiarare che la cultura organizzativa del Servizio sia un mix delle caratteristiche dei modelli elaborati da Cameron e Quinn (1999), altre volte invece i rispondenti riferiscono idee diverse fra di loro in merito. Più nello specifico, dalle interviste emerge come la cultura organizzativa del SerD sia caratterizzata da elementi tipici della cultura gerarchica, da aspetti di tipo familistico e da caratteristiche della cultura di mercato. Secondo gli operatori sono assenti, invece, i tratti tipici delle adhocrazie.

I professionisti riportano che gli elementi caratteristici della cultura gerarchica devono essere ricondotti alla struttura e all'impostazione dell'Azienda Sanitaria più in generale. Essa, infatti, prevede una struttura gerarchica con un Responsabile al vertice, un gruppo dirigente e degli operatori alla base. Il Servizio è caratterizzato, inoltre, da procedure e protocolli, i quali orientano e condizionano l'agire dei singoli. Infine, il SerD è un servizio strettamente legato alla Legge: i compiti e le funzioni sono stabiliti dalle norme e il rapporto con l'autorità Giudiziaria è stretto e pone dei paletti alle attività dei professionisti.

“Allora, che ci sia una cultura gerarchica, questo è un po' dettato dal fatto che esiste un organigramma, esiste un Responsabile, Direttore di dipartimento, ecc. La gerarchia sta anche nel fatto che ci sono delle procedure. E questo viene richiesto anche da parte della legge, dell'accreditamento, dell'autorizzazione” [...] (Int. 4).

“Siamo molto gerarchici, ma perché tutto l'ospedale funziona in questo modo. Quindi molto burocratici, seguiamo i protocolli, ma è anche una forma di sicurezza, nel senso che se succede qualcosa abbiamo seguito il protocollo” (Int. 8).

Un altro aspetto che emerge dalle interviste è rappresentato dagli elementi della cultura di mercato. Il Servizio, secondo i professionisti, sembra rivolto, infatti, all'innovazione e alla comprensione della prospettiva dei "clienti", ovvero delle persone che vi accedono. Un esempio di tale orientamento all'innovazione è rappresentato dall'attenzione al Gioco d'Azzardo Patologico, la quale era già viva in un momento in cui questo non era inserito all'interno dei LEA, ovvero nei vecchi livelli essenziali di assistenza. A questo orientamento del Servizio, racconta un operatore, vanno ricondotti anche una serie di interventi realizzati a favore degli adolescenti, che rispecchiano la visione innovativa. Un altro professionista riporta, invece, che non è raro il fatto che vengano consegnati questionari alle persone che accedono al Servizio, al fine di comprendere la loro soddisfazione e le loro esigenze, all'interno di un'ottica di miglioramento del funzionamento e delle prestazioni del SerD.

“Quella di mercato c'è sì, sì, nel nostro Servizio hai questa ottica, nel senso che, per esempio, l'aver aperto l'Ambulatorio Gioco d'Azzardo è stato un'innovazione, non era ancora all'interno dei LEA, il Responsabile, alcuni operatori hanno, diciamo, dato questa impronta al Servizio, facendolo diventare uno dei servizi di eccellenza anche per il Gioco d'Azzardo, sempre molto attento a portare anche delle novità. Sì, sia dentro i minori. Attento, insomma. Siamo sempre stati un po' con questo spirito. Sì, sì, sì. Con l'idea di migliorare, di pensare” (Int. 6).

“Anche di mercato, c'è una componente anche di quello, per cui è un po' un mix delle cose che mi hai letto, perché tante volte all'interno del Servizio vengono fatti anche dei questionari, no? Per capire quali sono le cose che vanno, piuttosto le cose che potrebbero essere cambiate. Per cui si cerca un po' di andare incontro a quelle che sono le esigenze del cliente, no? (Int. 11).

Infine, alcuni operatori ritengono che il SerD sia caratterizzato da una cultura di tipo familistico. Essi riportano, infatti, di vivere il Servizio come una famiglia. Riferiscono di sentirsi accolti, supportati nei momenti difficili ed aiutati in situazioni in cui gli altri devono fare un sacrificio per cercare di sostenere il collega.

“Quindi io ho dedicato tanto, ho avuto anche tanto da questo Servizio, non dico mica di no. Però siamo stati anche una famiglia di fronte a certe situazioni sì, e questo secondo me ti fa lavorare meglio” (Int. 10).

Dunque, l'analisi della cultura organizzativa del Servizio sembra mostrare che gli aspetti della cultura gerarchica e di mercato sono maggiormente legati alla organizzazione complessiva, quindi al livello macro dell'Azienda Sanitaria. Gli elementi gerarchici

sembrano essere presenti per motivi storici e, nel percepito dei professionisti, a garanzia e tutela del loro operato. L'orientamento al mercato sembra dovuto ai cambiamenti più recenti della Sanità come la spinta all'innovazione. Il riferimento alla famiglia sembra riguardare, invece, più il livello locale, il singolo servizio, lo specifico SerD. La coesistenza di questi due livelli culturali, ovvero il macro contesto organizzativo e il micro contesto del servizio locale, benché apparentemente integrati e non in conflitto, costituisce comunque un elemento di complessità e di potenziale criticità. Ciò è confermato anche dal fatto che intervistati diversi enfatizzano aspetti differenti di tale aspetto.

### *5.2.7 Le figure chiave nella storia del Servizio*

Nella sezione precedente sono state analizzate le risposte fornite dai professionisti in merito alla tipologia di cultura organizzativa del Servizio. Tuttavia, queste, per quanto possano essere complete e offrire spunti interessanti, rimangono idee o dichiarazioni dei singoli e, dunque, necessitano di ulteriori approfondimenti per essere confermate o smentite. A tal fine, sono state rivolte delle domande a quattro operatori che lavorano da molti anni al SerD e che quindi ne conoscono la storia. Una prima tematica affrontata in tal senso è rappresentata dalle figure chiave nella storia del Servizio e dai valori che queste hanno promosso. Le risposte a tale quesito, infatti, possono far emergere valori o caratteristiche della cultura organizzativa che i professionisti non avrebbero associato immediatamente al SerD e che quindi in precedenza non avevano tenuto in considerazione.

Le risposte a tale domanda hanno evidenziato come una delle figure di riferimento della storia del Servizio sia stata uno dei precedenti Responsabili. Gli intervistati hanno segnalato come tale persona abbia cercato di trasferire al SerD il valore della formazione del personale.

“Beh allora sicuramente, come dire, ha portato avanti, ad esempio, l'idea di una cultura... ad esempio, di portare avanti una cultura orientata alla formazione professionale no? Quindi valorizzare la professionalità [...]” (Int. 1).

“É una persona che ha amato sempre la formazione, quindi che ha ritenuto un valore per il gruppo la formazione, l'auto formazione, valorizzare anche l'auto formazione attraverso l'esposizione di tutti gli operatori di qualcosa che nel tempo si faceva” (Int. 6).

Il valore della formazione potrebbe indicare che la cultura del SerD ha avuto ed ha un'impronta di tipo familistico. Infatti, nella cultura del clan, i leader considerano i dipendenti come membri di una grande famiglia e sono interessati al loro benessere e al loro sviluppo. Ciò significa che essi investono nelle competenze e nelle conoscenze dei dipendenti mediante programmi di formazione. All'interno della visione familistica, la formazione è vista come uno strumento atto a migliorare le abilità e le competenze dei dipendenti. Questo non solo li aiuta a svolgere il proprio lavoro in modo migliore, ma contribuisce anche a costruire relazioni più solide all'interno dell'organizzazione. Dunque, con questa valenza, la formazione può essere interpretata come un elemento della cultura familistica.

Un ulteriore aspetto della cultura del clan emerge quando i rispondenti fanno riferimento al Responsabile che nel momento in cui si sono svolte le interviste stava passando le funzioni alla nuova Responsabile. Tale figura, secondo gli operatori, ha introdotto i valori della mediazione, del rispetto, dell'accoglienza e della disponibilità.

“[...] lui ha dato sicuramente una grande capacità di mediare. Ha un dono, la mediazione. [...] La pazienza, il rispetto, l'accoglienza, mai dire di no. E la mediazione” (Int. 6).

“Lui aveva un approccio anche familiare, per cui ho fatto tanti colloqui con lui. E a me piaceva questa sua disponibilità, questa sua flessibilità e il fatto di non aver mai paura di prendere una decisione. Non è stato un medico che si è blindato, protocolli, procedure, lui è andato anche oltre [...]” (Int.7).

Dalle interviste con gli informatori chiave, oltre alla componente familistica ne emerge anche una legata all'innovazione. I rispondenti, infatti, citano spesso, direttamente o meno, la tematica dell'innovazione. Questa viene sottolineata in riferimento a progetti con il privato sociale, all'apertura dell'Ambulatorio per il Gioco d'Azzardo Patologico quando questo non era ancora inserito all'interno dei LEA, e a caratteristiche dei singoli leader.

“[...] anche una un'attenzione in qualche modo alla collaborazione con il privato sociale, come dire, alcune progettualità importanti devo dire che sono state portate avanti all'interno del Dipartimento comprensivo [...]” (Int. 1).

“[...]abbiamo fatto anche delle cose, appunto, interessanti rispetto sempre al giocatore, e alla figura dell'educatore” (Int. 4).

“Era anche innovativo, innovativo anche nel portare attività nuove, insomma, di cambiamento. [...] Era più sulla professionalità, [...] sull'innovazione, sul creare, insomma” (Int. 6).

### 5.2.8 Incidenti critici

Una seconda tematica affrontata con le figure chiave al fine di raccogliere ulteriori informazioni sulla tipologia di cultura organizzativa fa riferimento agli incidenti critici verificatisi nella storia del SerD, ovvero ad eventi che abbiano messo in crisi la vita e, in alcuni casi, in pericolo la sopravvivenza del Servizio, o che abbiano portato alla riformulazione di obiettivi e/o di modalità operative. Tali situazioni, infatti, possono far emergere valori, priorità, dinamiche e implicite utili al fine di comprendere la tipologia di cultura organizzativa del Servizio.

Un rispondente ha spiegato che, dal suo punto di vista, il SerD ha certamente avuto momenti di difficoltà nel corso degli anni, ma non ha dovuto affrontare nessun incidente critico.

“Un incidente che abbia messo a rischio diciamo la l'operatività del Servizio quindi una cosa così grave, così severa mi pare di dire di no, no, non credo che no. Nel senso che ci sono sempre state difficoltà, ci sono state insomma, no? Però come dire sono sempre state gestite anche faticosamente eh, come dire, ci sono state fatiche sicuramente da sostenere, però insomma l'operatività è stata in qualche modo conservata” (Int. 1).

Altri intervistati hanno fatto riferimento, invece, al periodo pandemico, ad una fase di ristrutturazione delle Aziende Sanitarie e a situazioni conflittuali all'interno del Servizio. Il fatto che il SerD abbia modificato le proprie modalità di trattamento durante la pandemia, passando da un contatto con le persone in presenza ad uno telematico, dimostrando flessibilità e capacità di innovazione, e l'elemento di competitività tra i professionisti emerso durante le interviste potrebbero far pensare ad una cultura organizzativa di tipo ad hoc.

“[...] il Covid ha modificato le modalità di presa in carico, perché abbiamo dovuto passare, transitare da una modalità, diciamo, in presenza a una modalità in videoconferenza [...]” (Int. 4).

“Quando magari c'erano degli attriti importanti, conflittualità importanti tra operatori. L'équipe, là ci sono stati dei periodi in cui persone non venivano neanche in équipe, sì, sì. Non venivano dentro in équipe. Perché c'era una sorta di clima, di rivalità, di poco ristretto. Nel corso di questi anni ci sono stati dei momenti di difficoltà, di rivalità tra gli operatori importanti [...]” (Int. 6).

Tuttavia, durante le interviste con tutti i membri dell'équipe, gli operatori hanno escluso che la cultura organizzativa del Servizio fosse di tipo ad hoc. Per tale ragione, appare maggiormente convincente ritenere che tali aspetti di innovazione e competitività siano

parte di una cultura organizzativa di mercato, attenta ad innovare i servizi offerti per rimanere al passo con la realtà, e guidata da uno spirito di competizione.

Un professionista ha indicato, inoltre, come incidente critico il momento in cui sono state ristrutturate le Aziende Sanitarie. Tale processo, secondo l'operatore, ha comportato difficoltà e disagi per l'équipe, poiché ha richiesto il cambio delle modalità operative, l'abbandono delle vecchie procedure dello specifico SerD e l'acquisizione di quelle di altri servizi.

“Penso che quando c'è stata la ristrutturazione delle aziende è stato un momento difficile perché da una dimensione diciamo distrettuale con le sicurezze, tutto quello ecc. dovevamo avere una dimensione allargata. E quindi la perdita di alcune magari modalità perché devi informarti, quindi la fatica di dover confrontarsi anche con altre modalità e procedure” (Int. 6).

Tale aspetto evidenzia una criticità nella gestione del rapporto tra la dimensione macro dell'Azienda Sanitaria e quella micro del singolo servizio, del SerD. Tale dualismo può generare delle incomprensioni, influenzando negativamente sul lavoro in équipe degli operatori, i quali possono essere disorientati dalle differenti indicazioni provenienti dai due livelli.

Infine, dalle interviste con gli informatori chiave emerge anche un elemento della cultura di tipo familistico. Un rispondente, infatti, sottolinea come, in un momento in cui l'équipe era divisa in due per differenti competenze territoriali e in cui stava attraversando un periodo di difficoltà, la soluzione trovata dal Servizio è stata quella di unire i due gruppi.

“Allora, all'epoca, quando si è creato un grosso malessere dell'équipe, eravamo due équipe divise per territorio. Era stata fatta questa cosa di suddividere, non si era un'équipe unica. [...] Quando ci sono state delle difficoltà evidenti in una delle due équipe, il Responsabile ha riunificato le due équipe, questo è stato un po' un cambiamento che ha portato a un miglioramento. C'è stato un sollievo” (Int. 6).

L'intervento di unificare le due équipe, infatti, potrebbe essere letto in funzione familistica, poiché prevede di unire i due gruppi in uno più allargato, come se fosse una grande famiglia, allo scopo di risolvere insieme le difficoltà. Alla base potrebbe esserci stata, quindi, l'idea che la conflittualità vada risolta insieme, aiutandosi tra professionisti, risolvendo le criticità come una famiglia.

L'analisi dei valori del SerD attraverso il racconto delle figure e degli eventi chiave della storia del Servizio ha confermato, dunque, che esso sembra essere caratterizzato da aspetti della cultura di mercato e da elementi di quella familistica. Conferme, inoltre, sono

emerse anche sulla difficoltà di gestire il rapporto tra il livello organizzativo macro dell'Azienda Sanitaria e quello micro del Servizio.



## CONCLUSIONI

La ricerca presentata nei capitoli precedenti ha cercato di rispondere alla domanda: “quali aspetti, legati alla cultura organizzativa del Servizio e alle relazioni e comunicazioni inter-professionali e inter-personali, impattano sul funzionamento dell’*équipe*?”.

Al fine di rispondere a tale quesito, sono state condotte delle interviste semi-strutturate con 12 professionisti del SerD di Castelfranco Veneto. Successivamente, è stata svolta un’analisi tematica dei dati raccolti.

L’indagine ha evidenziato come gli operatori del Servizio considerino il lavoro in *équipe* come una metodologia che consente di integrare prospettive e competenze di figure professionali diverse, rendendo possibile l’assunzione di una visione olistica dei problemi e dei bisogni presentati dalle persone che accedono al SerD. È emerso, inoltre, che, secondo i professionisti, l’*équipe* è un luogo di dialogo e di confronto, dove non vi è un’unica posizione condivisa da tutti, ma, al contrario, uno spazio che permette di dibattere e di confrontare idee differenti, al fine di individuare le risposte migliori da offrire alle persone. È stato rilevato, poi, che per alcuni operatori il lavoro in *équipe* significa anche protezione e sostegno, poiché il condividere con i colleghi situazioni complesse può rivelarsi un fattore decisivo per mantenere un equilibrio come persona e come professionista e per trovare le soluzioni ai problemi. L’indagine ha mostrato come questa visione del lavoro in *équipe* sia condivisa dalla maggior parte degli operatori. Per tale ragione, è possibile affermare che all’interno del SerD di Castelfranco Veneto l’idea di lavoro in *équipe* non sembra essere determinata dalla professionalità dei singoli, ma sembra essere un qualcosa di chiaro e condiviso da tutti.

Al fine di comprendere in modo più approfondito quale sia l’idea che i professionisti del Servizio hanno del lavoro in *équipe*, è stato chiesto loro quali fossero i vantaggi e gli svantaggi di tale metodologia. Le risposte hanno evidenziato come per gli operatori i vantaggi risiedano nel pluralismo di visioni, conoscenze e competenze che permette di assumere la già citata prospettiva olistica della persona, nella protezione e nel supporto offerti al singolo professionista nelle situazioni più complesse e nel fatto di poter offrire un dibattito creativo dal quale possono nascere soluzioni innovative. Gli svantaggi emersi, invece, fanno riferimento all’allungamento delle tempistiche necessarie al fine di pervenire ad una valutazione o ad una risposta, e ad eventuali conflittualità che il lavorare con altri operatori può comportare.

La ricerca ha preso piede a partire dall'ipotesi che all'interno del Servizio vi potesse essere una difficoltà legata al lavoro in équipe. Durante le interviste, dunque, è stata indagata la soddisfazione degli operatori in merito a tale aspetto, al fine di comprendere se tale supposizione fosse condivisa anche dai professionisti del team. Tuttavia, la maggioranza di essi si è detta soddisfatta del lavoro in équipe all'interno del SerD di Castelfranco Veneto, dal momento che solo due di loro hanno rivelato di essere insoddisfatti di tale aspetto. Appurato ciò, è interessante notare come la maggior parte degli operatori, nell'argomentare il livello di soddisfazione dichiarato, si sia concentrata principalmente sulle criticità, facendo trasparire delle difficoltà, legate soprattutto alla mancanza di tempo e risorse, al fatto che il Servizio stesse affrontando un periodo di cambiamento e, nel caso di un rispondente, a problematiche di tipo relazionale.

Per cercare di chiarire tale ambiguità tra la soddisfazione dichiarata e le criticità manifestate in merito al lavoro in équipe, si è cercato di comprendere le caratteristiche della comunicazione tra i professionisti. L'indagine ha evidenziato come non sia possibile stabilire un'unica definizione della comunicazione all'interno del Servizio, poiché operatori diversi tendono a descriverla in modi diversi. Alcuni, infatti, la ritengono efficace e promossa da professionisti capaci, altri la considerano difficoltosa a causa di criticità di tipo relazionale o legate alla mancanza di risorse, altri ancora si pongono nel mezzo ammettendo che vi sono delle difficoltà ma sostenendo che nel complesso la comunicazione sia buona. Tali risultati, dunque, confermano quanto emerso nella sezione della soddisfazione, evidenziando una realtà complessa, costituita da operatori che avvertono maggiormente gli aspetti positivi e da colleghi che, invece, percepiscono principalmente i fattori di criticità.

L'obiettivo della ricerca è stato quello di cercare di mettere in luce quali elementi i professionisti del SerD ritengono critici per la qualità del lavoro d'équipe. Dunque, è stato chiesto ai partecipanti quali aspetti, dal loro punto di vista, possono favorire o ostacolare la collaborazione interprofessionale. Dall'analisi delle risposte è emerso che i fattori che sembrano favorire il lavoro d'équipe sono il riconoscimento della professionalità altrui e l'assenza di pregiudizi verso di essa, il rispetto dei confini tra ruoli, la capacità di mantenere la disponibilità all'ascolto anche quando non si condivide quanto sostiene il collega, la trasparenza e l'esplicitazione delle proprie opinioni facendo attenzione a rimanere sul piano dei dati oggettivi e la condivisione di spazi e momenti informali.

Tra i fattori che possono ostacolare il lavoro in équipe, invece, i professionisti del Servizio hanno indicato la presenza del giudizio e di pregiudizi, i quali possono condurre alla

personalizzazione del conflitto, creando confusione tra il piano professionale e quello personale, la mancanza di fiducia legata al non riconoscimento delle altrui professionalità e competenze, la quale può portare qualche professionista a ritirarsi e a non partecipare attivamente alle riunioni, lo stress e il burnout i quali possono incidere sull'umore della persona e sulla sua predisposizione a collaborare, una gestione sbilanciata dell'autorità la quale può far emergere la conflittualità tra il potere di posizione e l'asimmetria presunta dell'équipe, e le manifestazioni di aggressività da parte delle persone che accedono, le quali possono generare situazioni in cui gli operatori vengono messi uno contro l'altro.

In relazione agli elementi che possono ostacolare la collaborazione del team, un altro interessante risultato della ricerca è rappresentato dal fatto che i professionisti del SerD di Castelfranco Veneto, in modo simile a quanto accade in altre realtà socio-sanitarie, sembrano non avere un'idea comune e condivisa dei ruoli e delle funzioni di alcune figure professionali che operano all'interno del Servizio. Tale aspetto non sembra essere determinato dalla professione dei singoli operatori, ovvero dalle differenti culture professionali, da impliciti e pregiudizi ad esse legati e da saperi iper settoriali. Tali incertezze e percezioni "distorte", invece, sembrano essere trasversali alle diverse professionalità e sembrano essere dovute a vuoti normativi o a incongruenze tra ciò che è previsto "sulla carta" e ciò che viene concretamente attuato. Questa, dunque, sembra una criticità relativa al sistema sanitario allargato e non alla specifica équipe, la quale può rappresentare, al contrario, il luogo privilegiato in cui esplicitare gli impliciti e chiarire le confusioni o le incoerenze.

Al fine di cercare di comprendere gli elementi che impattano sul lavoro in équipe all'interno del SerD, è stato chiesto agli operatori quali competenze ritenessero necessarie per poter collaborare con figure professionali differenti all'interno di un team. Le risposte dei professionisti hanno fatto emergere come abilità chiave il rispetto dell'altro e delle sue competenze, la capacità di inquadrare le critiche a livello professionale e non personale, e caratteristiche che i rispondenti hanno definito personali, ma che in realtà fanno parte del bagaglio professionale degli operatori come l'empatia, l'umiltà, la capacità di inserirsi con cautela in un gruppo, la capacità di ascolto, la gentilezza e l'ironia.

La ricerca ha previsto anche una sezione dedicata alla cultura organizzativa del Servizio. I risultati maggiormente interessanti ottenuti in tale ambito fanno riferimento ai valori e alla tipologia di cultura aziendale che caratterizzano il SerD di Castelfranco Veneto. I valori del Servizio sembrano essere l'accoglienza, il rispetto delle persone che accedono,

la cura, la privacy, il rispetto delle regole e, per un operatore, il lavoro in équipe. L'aspetto rilevante che è emerso riguardo ai valori è il fatto che questi sembrano essere condivisi anche dai singoli professionisti, i quali dichiarano di non avvertire alcuna conflittualità tra essi ed il proprio sistema valoriale. Tale fattore può contribuire ad unire l'équipe e a facilitare il perseguimento di obiettivi comuni.

Per quanto riguarda la tipologia di cultura organizzativa del Servizio, invece, l'indagine ha mostrato come essa sia costituita da un insieme di elementi appartenenti alla cultura gerarchica, a quella di mercato e a quella familistica. L'aspetto gerarchico sembra conferito da motivi storici e dalla struttura dettata dall'Azienda Sanitaria, l'orientamento al cliente, invece, sembra dovuto in parte ai cambiamenti più recenti della Sanità come la spinta all'innovazione e in parte ad una caratteristica propria del Servizio, mentre il riferimento alla famiglia sembra riguardare più la dimensione locale dello Specifico SerD. Questo doppio livello culturale, macro e micro, pur se i due livelli sembrano integrati e non in conflitto, rappresenta comunque un elemento di complessità e di potenziale criticità, dal momento che intervistati diversi sottolineano aspetti diversi.

Infine, l'indagine ha cercato di individuare dei possibili interventi che potessero essere finalizzati al miglioramento del lavoro in équipe. Tra questi sono emersi l'introduzione della mediazione e della supervisione, la creazione di spazi di metacomunicazione sul lavoro in équipe, il recupero degli assunti di base e degli impliciti del Servizio, la definizione di un tempo e di un numero di casi prestabiliti per ogni operatore ad ogni riunione, la partecipazione alla formazione continua e lo svolgere l'équipe in presenza, recuperando lo spirito conviviale.

In sintesi, è possibile affermare che la ricerca ha messo in evidenza la multi-complessità del lavoro in équipe all'interno del SerD. È emerso, infatti, come i fattori chiave che impattano sul lavoro in équipe possano essere ricondotti a piani e livelli diversi, di tipo organizzativo, professionale e personale.

La ricerca ha mostrato come uno degli aspetti che incidono maggiormente sul lavoro in équipe sia rappresentato dal confondere e sovrapporre il piano inter-professionale e quello inter-personale. Analizzando le interviste, infatti, appare chiaro come il lavoro in équipe entri in crisi quando i professionisti percepiscono che il collega abbandona il livello della professione per attaccarli sul piano personale.

Un'ulteriore dicotomia che può rappresentare un fattore di complessità dell'équipe è data dalla possibile contrapposizione tra le prescrizioni dell'organizzazione formale caratterizzata dall'organigramma, dai ruoli e dal potere e da quelle date

dall'organizzazione informale, ossia da quella che i professionisti del Servizio stabiliscono internamente. Un esempio può essere rappresentato dalla situazione in cui l'affermazione, all'interno dell'équipe, che ogni operatore ha la stessa facoltà degli altri di intervenire e incidere sulla visione e sulle decisioni del gruppo entra in contrasto con l'asimmetria di potere data dall'organigramma aziendale. Questo può condurre ad una conflittualità tra i professionisti, incidendo sul lavoro in équipe.

Un ulteriore livello emerso all'indagine ha dimostrato di avere un impatto sul lavoro in équipe, è dato dal possibile conflitto tra la cultura organizzativa dell'Azienda Sanitaria e quella del singolo Servizio, in questo caso del SerD. Come è già stato sottolineato, queste possono fare riferimento a tipologie culturali diverse e, dunque, possono presentare norme, valori e modelli divergenti, i quali possono generare delle contraddizioni che, a loro volta, possono avere delle ricadute sull'équipe.

Un ultimo aspetto rilevato dalla ricerca che può contribuire alla complessità del lavoro in équipe all'interno del SerD è determinato dall'integrazione fra la cultura organizzativa e le differenti culture professionali. L'incontro tra di esse, infatti, può generare contraddizioni e creare situazioni in cui il professionista può trovarsi a dover mediare o scegliere tra le influenze di questi due modelli culturali. Tale aspetto è emerso in modo complesso. Da un lato la ricerca ha evidenziato il rischio per il SerD di appiattirsi su di un pensiero unico, su un'omologazione e un'uniformazione di tutte le professionalità intorno alla visione strettamente medica della dipendenza come patologia dell'individuo. Dall'altro lato, implicitamente sono emerse le influenze delle differenti culture professionali, laddove alcuni operatori hanno fatto riferimento alla responsabilità e all'autonomia delle persone, sottolineando la complessità delle dipendenze e la necessità di adottare una visione olistica.

L'elemento di rottura del pensiero unico di carattere medico che contraddistingue il Servizio, il quale permette di far riferimento alla complessità nel rapporto fra la cultura organizzativa e quelle delle differenti professionalità, è dato dall'emersione di incoerenze ed incertezze in merito all'idea di dipendenza, di SerD, e del compito che ogni figura professionale svolge all'interno del Servizio. La dipendenza viene intesa dai professionisti come una malattia e le persone vengono chiamate *pazienti*. Tuttavia, alcuni rispondenti hanno fatto trasparire una visione che supera quella medica, riferendosi, ad esempio, alla responsabilità delle persone, facendo emergere un aspetto di incoerenza che potrebbe essere legato alla loro cultura professionale. Tale idea di incertezza traspare anche dalle risposte fornite dagli operatori su tali argomenti, le quali sono poco

approfondite e di carattere prevalentemente implicito. Esempio ne è la definizione di SerD e della sua funzione: ad un livello superficiale gli operatori sembrano avere un'idea condivisa di tali aspetti, la quale fa riferimento alla cura e alla riabilitazione delle persone. Tuttavia, essi non spiegano che cosa intendano per cura e riabilitazione e quale sia il concreto obiettivo che il Servizio possa e debba raggiungere. Incertezze ed incoerenze sono emerse, infine, in merito al ruolo di alcune figure professionali all'interno del SerD. La ricerca ha mostrato, infatti, come il compito del medico e dello psicologo all'interno del Servizio non siano chiari e definiti, ma, al contrario, come questi assumano tratti e sfumature differenti tra i diversi operatori. Tali aspetti di incertezza ed incoerenza da un lato sembrano essere dovuti alla mancanza, all'ambiguità, o ad una non coerente applicazione delle norme, dall'altro sembrano essere legati alla mancanza di chiarezza, di condivisione ed esplicitazione all'interno dell'équipe degli impliciti di ciascun operatore in merito alla dipendenza, al Servizio e alle singole professionalità.

I limiti di questa ricerca sono riconducibili soprattutto alle scelte metodologiche. In primo luogo la decisione di prediligere l'approfondimento qualitativo del contesto riguardo ai temi indagati piuttosto che la generalizzazione dei risultati non consente di estendere con sicurezza statistica le considerazioni sviluppate per questo contesto ad altri servizi analoghi. In secondo luogo, la ricerca ha scattato una fotografia del lavoro in équipe all'interno del Servizio e per tale motivo può solo essere descrittiva del momento in cui sono state condotte le interviste e non consente di cogliere i cambiamenti nel tempo a meno di non essere estesa o replicata in futuro. Nonostante tali limiti, i risultati emersi e le riflessioni critiche che su di essi sono state sviluppate rappresentano utili spunti sia per la ricerca sia per la pratica professionale nei Servizi per le Dipendenze e, in generale, nel servizio sociale.

## BIBLIOGRAFIA

- Ahijado, M. H., López-Espuela, F., Caro-Alonso, P. Á., Novo, A., & Rodríguez-Martín, B. (2022). Efficacy of cognitive-behavioral therapy in improving the quality of life of people with compulsive gambling, a systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.12.014> .
- Alexander, B. K. (2000). The globalization of addiction. *Addiction Research*, 8(6), 501-526. <https://doi.org/10.3109/16066350008998987> .
- American Psychiatric Association. (2014). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Raffaello Cortina Trad.). (Originariamente pubblicato nel 2013).
- Appadurai, A. (2012). *Modernità in polvere*. Raffaello Cortina.
- Ashkasy, N.M. & Dorris, A.D. (2017). Emotions in the workplace. *Annual Reviews*, 4(1), 67-90. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032516-113231> .
- Ashleigh, M. & Mansi, A. (2014). *Psicologia del lavoro e delle organizzazioni*. Pearson.
- Austin, M. & Ciaassen, J. (2008). Impact of organizational change on organizational culture. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 5(1-2), 321-359. [https://doi.org/10.1300/J394v05n01\\_12](https://doi.org/10.1300/J394v05n01_12) .
- Barkan, S. E. (2013). *Social problems: Continuity and change*. Saylor Foundation.
- Berridge, K. C., & Robinson, T. E. (2016). Liking, wanting, and the incentive-sensitization theory of addiction. *American Psychologist*, 71(8), 670. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/amp0000059> .
- Bichi, R. (2002). *L'intervista biografica*. Vita e pensiero.
- Brown, J. M., & Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of addictive behaviors*, 7(4), 211. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0893-164X.7.4.211> .
- Cameron, K. & Quinn, R. (1999). *Diagnosing and changing organizational culture*. Jossey-Bass.
- Cami, J., & Farré, M. (2003). Drug addiction. *New England Journal of Medicine*, 349(10), 975-986. DOI: 10.1056/NEJMra023160 .
- Campanini, A. (2016). *Gli ambiti di intervento del servizio sociale*. Carocci Faber.
- Clore, G. L. (1992). Cognitive phenomenology: Feelings and the construction of judgment. In *The construction of social judgments*, ed. Leonard L. Martin and Abraham Tesser, 133-63.

[https://www.researchgate.net/publication/245684450\\_Cognitive\\_phenomenology\\_Feelings\\_and\\_the\\_construction\\_of\\_judgment](https://www.researchgate.net/publication/245684450_Cognitive_phenomenology_Feelings_and_the_construction_of_judgment) .

Dalley, J. W., Everitt, B. J., & Robbins, T. W. (2011). Impulsivity, compulsivity, and top-down cognitive control. *Neuron*, 69(4), 680-694. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2011.01.020> .

Davies, H.T.O., Mannion, R., Jacobs, A., Powell, A.E., Marshall, M.N. (2007). Exploring the relationship between senior management team culture and hospital performance. *Medical Care Research and Review*, 1(64), 46-65. <https://doi.org/10.1177/1077558706296240> .

De Saxe Zerden, L. et al. (2018). Social work: Integral to interprofessional education and integrated practice. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 10, 67-75. <http://dx.doi.org/10.1016/j.xjep.2017.12.011> .

Dipartimento per le politiche antidroga. (n.d.). I Ser.D. <https://www.politicheantidroga.gov.it/it/servizi-e-contatti-utili/serd/i-serd/> .

Du Plessis, G. (2012). Toward an integral model of addiction: By means of integral methodological pluralism and metatheoretical and integrative conceptual framework. *Journal of Integral Theory and Practice*, 7(3). [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2998249](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2998249) .

Dugosh, K., Abraham, A., Seymour, B., McLoyd, K., Chalk, M., & Festinger, D. (2016). A systematic review on the use of psychosocial interventions in conjunction with medications for the treatment of opioid addiction. *Journal of addiction medicine*, 10(2), 91. <https://doi.org/10.1097%2FADM.0000000000000193> .

Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., & Báez, C. (2000). Relapse prevention in the treatment of slot-machine pathological gambling: Long-term outcome. *Behavior therapy*, 31(2), 351-364. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(00\)80019-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(00)80019-2) .

Egervari, G., Ciccocioppo, R., Jentsch, J. D., & Hurd, Y. L. (2018). Shaping vulnerability to addiction—the contribution of behavior, neural circuits and molecular mechanisms. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 85, 117-125. <https://doi.org/10.1016%2Fj.neubiorev.2017.05.019> .

Ellis, P. M., & Smith, D. A. (2002). Treating depression: the beyondblue guidelines for treating depression in primary care." Not so much what you do but that you keep doing it". *The Medical Journal of Australia*, 176, S77-83. <https://europepmc.org/article/med/12065002> .



- Elman, I., & Borsook, D. (2016). Common brain mechanisms of chronic pain and addiction. *Neuron*, 89(1), 11-36. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuron.2015.11.027> .
- Enoch, M. A. (2012). The influence of gene–environment interactions on the development of alcoholism and drug dependence. *Current psychiatry reports*, 14(2), 150-158. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-011-0252-9> .
- Everitt, B. J., & Robbins, T. W. (2005). Neural systems of reinforcement for drug addiction: from actions to habits to compulsion. *Nature neuroscience*, 8(11), 1481-1489. <https://www.nature.com/articles/nn1579> .
- Everitt, B. J., Belin, D., Economidou, D., Pelloux, Y., Dalley, J. W., & Robbins, T. W. (2008). Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1507), 3125-3135. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0089> .
- Feeney, G. F., Young, R. M. D., Connor, J. P., Tucker, J., & McPherson, A. (2002). Cognitive behavioural therapy combined with the relapse-prevention medication acamprosate: are short-term treatment outcomes for alcohol dependence improved?. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(5), 622-628. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01019.x> .
- Frijda, N. H. (1993). Moods, emotion episodes, and emotions. In Lewis, M. & Haviland, J. M. (Cur.), *Handbook of emotions*. The Guilford Press, 381–403.
- Gardner, E. L. (2011). Addiction and brain reward and antireward pathways. *Chronic Pain and Addiction*, 30, 22-60. <https://doi.org/10.1159/000324065> .
- Gerowitz, M.B., Lemieux-Charles, L., Heginbothan, C., Johnson, B. (1996). Top management culture and performance in Canadian, UK and US hospitals. *Health Services Management Research*, 9, 69-78. doi: 10.1177/095148489600900201 .
- Golub, A., Johnson, B. D., & Dunlap, E. (2005). Subcultural evolution and illicit drug use. *Addiction research & theory*, 13(3), 217-229. <https://doi.org/10.1080/16066350500053497> .
- Griffiths, M. (2005). A ‘components’ model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance use*, 10(4), 191-197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359> .
- Guelfi, G. P., Quercia, V., Scamperle, A. & Zavan, V. (2014). Il colloquio motivazionale nell’ambivalenza dei cambiamenti. *Animazione sociale* 284, luglio/agosto 2014, 38-83. <https://www.biblio.liuc.it/scripts/essper/ricerca.asp?tipo=autori&codice=21162778> .
- Harré, R., Lamb, R., Mecacci, L. (2007). *Psicologia Dizionario enciclopedico*. Laterza.

- Haslam, A. (2015). *Psicologia delle organizzazioni*. (Cortini, M. & Pagliaro, S., Trad). Maggioli. (Originariamente pubblicato nel 2004).
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 91-111. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833> .
- Hogan, R. & Kaiser, R.B. (2005). What we know about Leadership. *Sage Journals*, 9(2), 169-180. <http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.169> .
- Hong Chen et al., (2012). New Perspective on Job Burnout: Exploring the Root Cause beyond General Antecedents Analysis. *Psychological Reports*, 110(3), 801-819. <https://doi.org/10.2466/01.09.13.pr0.110.3.801-819> .
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G., Flynn, P. M., Anderson, J., & Etheridge, R. M. (1997). Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 261. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0893-164X.11.4.261> .
- Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., & Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(4), 563. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.67.4.563>.
- Jhanjee, S. (2014). Evidence based psychosocial interventions in substance use. *Indian journal of psychological medicine*, 36(2), 112-118. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.130960> .
- Jones, B. & Phillips, F. (2016). Social work and interprofessional education in health care: a call for continued leadership. *Journal of Social Work Education*, 52(1), 18-29. <https://doi.org/10.1080/10437797.2016.1112629> .
- Keene, J., James, D., & Willner, P. (2009). Social influences on individual drug USE: Three distinct sub-cultures among agency non-attenders. *Addiction Research*, 6(1), 43-62. <https://doi.org/10.3109/16066359809008843> .
- Kitayama, S., & Salvador, C. E. (2017). Culture embrained: Going beyond the nature-nurture dichotomy. *Perspectives on Psychological Science*, 12(5), 841-854. <https://doi.org/10.1177/1745691617707317> .
- Koob, G. F., & Le Moal, M. (2001). Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology*, 24(2), 97-129. [https://doi.org/10.1016/S0893-133X\(00\)00195-0](https://doi.org/10.1016/S0893-133X(00)00195-0) .
- Koob, G. F., & Le Moal, M. (2008). Neurobiological mechanisms for opponent motivational processes in addiction. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1507), 3113-3123. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0094> .

- Kreek, M.J., Levran, O., Reed, B., Schlussman, S.D., Zhou, Y., Butelman, E.R. (2012) Opiate addiction and cocaine addiction: underlying molecular neurobiology and genetics. *J Clin Invest*, 122, 3387–3393. <https://www.jci.org/articles/view/60390>.
- Lewin K. (1951). *Field theory in social science*. Harper and Row.
- Lopez-Quintero, C., Hasin, D. S., De Los Cobos, J. P., Pines, A., Wang, S., Grant, B. F., & Blanco, C. (2011). Probability and predictors of remission from life-time nicotine, alcohol, cannabis or cocaine dependence: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Addiction*, 106(3), 657-669. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03194.x>.
- Manuel, JK, Hagedorn, Finney, JW. (2011). Implementing evidence-based psychosocial treatment in specialty substance use disorder care. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(2), 225. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0022398> .
- Marel, C., Sunderland, M., Mills, K. L., Slade, T., Teesson, M., & Chapman, C. (2019). Conditional probabilities of substance use disorders and associated risk factors: Progression from first use to use disorder on alcohol, cannabis, stimulants, sedatives and opioids. *Drug and alcohol dependence*, 194, 136-142. <https://doi.org/10.1016/j.drugaldep.2018.10.010> .
- Mariani, V. (2006). *Il lavoro d'équipe nei servizi alla persona*. Edizioni del Cerro.
- McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics*, 33(3), 511-525. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.012> .
- McLellan, A. T., & Meyers, K. (2004). Contemporary addiction treatment: A review of systems problems for adults and adolescents. *Biological psychiatry*, 56(10), 764-770. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.06.018> .
- McRae, A. L., Budney, A. J., & Brady, K. T. (2003). Treatment of marijuana dependence: a review of the literature. *Journal of substance abuse treatment*, 24(4), 369-376. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00041-2](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00041-2) .
- Merton, R. K. (1938). Social Structure and Anomie. *American Sociological Review*, 3(5), 672–682. <https://doi.org/10.2307/2084686> .
- Metz, M. (2021). Overview of change in organizations. Resistance to change. A literature review. *Ovidius University Annals, Economic Sciences Series*, 21. <https://stec.univ-ovidius.ro/html/anale/RO/2021/Section%204/22.pdf> .
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2014). *Il colloquio motivazionale-Terza edizione: Aiutare le persone a cambiare*. Edizioni Erickson.

- Nava, F. A. & Sanavio, F. (2022). *Il trattamento integrato per le dipendenze patologiche. Percorsi basati sulle evidenze*. Carocci.
- Nizzoli, U. (Ed.). (2004). *Il sistema dei servizi per le dipendenze patologiche. Programmazione, qualità e valutazione* (Vol. 9). FrancoAngeli.
- Noel, X., Brevers, D., & Bechara, A. (2013). A neurocognitive approach to understanding the neurobiology of addiction. *Current opinion in neurobiology*, 23(4), 632-638. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2013.01.018> .
- Ordine assistenti sociali. (2020). *Codice deontologico dell'assistente sociale*. <https://cnoas.org/wp-content/uploads/2020/03/Il-nuovo-codice-deontologico-dellassistente-sociale.pdf> .
- Panebianco, D. (2019). *Dipendenza e cultura delle relazioni: social network analysis ecapitale sociale nei servizi alla persona*. Rubbettino.
- Pardo del val, M. & Martinez Fuentes, C. (2003). Resistance to change: a literature review and empirical study. *Management Decision*, 41(2), 148-155. <http://dx.doi.org/10.1108/00251740310457597> .
- Park, R. E., & Burgess, E. W. (2019). *The city*. University of Chicago Press.
- Plutchik, R. (1980). A general psychoevolutionary theory of emotion. *ScienzeDirect*, 3-33. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-558701-3.50007-7> .
- Potenza, MN, Balodis, IM, Derevensky, J., Grant, JE, Petry, NM, Verdejo-Garcia, A., & Yip, SW. (2019). Gambling disorder. *Nature reviews Disease primers*, 5(1), 51. <https://www.nature.com/articles/s41572-019-0099-7> .
- Prentini, A. (2011). Cultura organizzativa e cambiamento nelle aziende sanitarie pubbliche, *Mecosan*, 80, 27-46. <https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/files/Mecosan-81.pdf> .
- Prentini, A. (2012). Esplorare le culture organizzative delle Aziende Sanitarie Pubbliche: analisi e confronto in cinque SSR. In Rapporto OASI 2012. *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*. (pp. 223-236). EGEA. [https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/files/Capitolo16\\_2012.pdf](https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/files/Capitolo16_2012.pdf) .
- Pullen-Sansfacon, A. & Ward, D. (2014). Making interprofessional working work: introducing a groupwork perspectives. *British Journal of Social Work*, 44, 1284-1300. <https://doi.org/10.1093/BJSW%2FBCS194> .
- Raby, W. N., Mariani, J. J., Levin, F. R., & Nunes, E. V. (2015). Pharmacological treatment of substance abuse disorders. *Psychiatry*, 2331-2360. <https://doi.org/10.1002/9781118753378.ch113> .

- Reed, B., & Kreek, M. J. (2021). Genetic vulnerability to opioid addiction. *Cold Spring Harb. Perspect. Med.* <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a039735> .
- Reeves, S. & Lewin, S. (2004). Interprofessional collaboration in the hospital: strategies and meanings. *Journal of Services Research & Policy*, 9(4), 218-225. <https://doi.org/10.1258/1355819042250140> .
- Robijn, W., Euwema, M.C., Schaudeli, W.B., Dprez, J. (2020). Leaders, teams and work engagement: a basic need perspective. *Career Development International*, 5(4), 378-388. <http://dx.doi.org/10.1108/CDI-06-2019-0150> .
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2008). The incentive sensitization theory of addiction: some current issues. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1507), 3137-3146. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0093> .
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Rubonis, A. V., Gulliver, S. B., Colby, S. M., Binkoff, J. A., & Abrams, D. B. (2001). Cue exposure with coping skills training and communication skills training for alcohol dependence: 6-and 12-month outcomes. *Addiction*, 96(8), 1161-1174. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.96811619.x> .
- Salovey, P. & Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>.
- Scagliusi, V., Scaglia, M., Spiller, V. & Venuti, S. (cur.). (2011). *Guida pratica al counseling motivazionale. Manuale per i professionisti sociali e sanitari*. Erickson.
- Schein, E. (1990). *Cultura d'azienda e leadership: una prospettiva dinamica*. (Decastri, M. Trad). Angelo Guerini e Associati. (Originariamente pubblicato nel 1988).
- Shaw, C. R., & McKay, H. D. (1942). *Juvenile delinquency and urban areas*.
- Strathearn, L., Mertens, C. E., Mayes, L., Rutherford, H., Rajhans, P., Xu, G., & Kim, S. (2019). Pathways relating the neurobiology of attachment to drug addiction. *Frontiers in psychiatry*, 737. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00737>.
- Straussner, S. L. A. (2001). The role of social workers in the treatment of addictions: A brief history. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1(1), 3-9. [https://doi.org/10.1300/J160v01n01\\_02](https://doi.org/10.1300/J160v01n01_02).
- Testoni, I. & Mosso, C. (2015). *Dai gruppi alla comunità*. De Agostini.
- Vasilaki, E. I., Hosier, S. G., & Cox, W. M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism*, 41(3), 328-335. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agl016> .
- Veilleux, J. C., Colvin, P. J., Anderson, J., York, C., & Heinz, A. J. (2010). A review of opioid dependence treatment: pharmacological and psychosocial interventions to treat

- opioid addiction. *Clinical psychology review*, 30(2), 155-166.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.10.006> .
- Wall, J. A., & Callister, R. R. (1995). Conflict and Its Management. *Journal of Management*, 21(3), 515–558. <https://doi.org/10.1177/014920639502100306> .
- Wanigaratne, S., Davis, P., Pryce, K., & Brotchie, J. (2005). The effectiveness of psychological therapies on drug misusing clients. *NTA Research Briefing*, 11.  
<https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=6e50f648771fab12fecb8d43bef1c94af9d95478> .
- Weisner, C., Matzger, H., & Kaskutas, L. A. (2003). How important is treatment? One-year outcomes of treated and untreated alcohol-dependent individuals. *Addiction*, 98(7), 901-911. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00438.x> .
- Willis, CD. et al. (2016). Sustaining organizational culture change in health systems. *J. Health Organ Manag*, 30(1), 2-30. doi: 10.1108/JHOM-07-2014-0117.
- World Health Organization. (1946). *Constitution of the world health organization*.  
[https://treaties.un.org/doc/Treaties/1948/04/19480407%2010-51%20PM/Ch\\_IX\\_01p.pdf](https://treaties.un.org/doc/Treaties/1948/04/19480407%2010-51%20PM/Ch_IX_01p.pdf) .
- World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). <https://icd.who.int/> .
- Yakovenko, I., Quigley, L., Hemmelgarn, B. R., Hodgins, D. C., & Ronksley, P. (2015). The efficacy of motivational interviewing for disordered gambling: systematic review and meta-analysis. *Addictive Behaviors*, 43, 72-82.  
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.12.011> .
- Zamperini, A. & Testoni, I. (2002). *Psicologia sociale*. Einaudi.
- Ziliani, A. & Rovai, B. (2020). *Assistenti sociali professionisti*. Carocci.

# ALLEGATO A

## TRACCIA DELLE INTERVISTE

### *SEZIONE A (PROFESSIONE)*

- A1) Da quanto tempo svolge la sua professione?
- A2) Da quanto tempo opera nel campo delle dipendenze?
- A3) Da quanto tempo lavora all'interno del SerD di Castelfranco Veneto?
- A4) Lei come descriverebbe le principali funzioni di ogni figura professionale presente all'interno del SerD di Castelfranco Veneto?

### *SEZIONE B (EQUIPE)*

- B1) Indipendentemente dalla sua esperienza personale nei Servizi per le Dipendenze, qual è la sua idea di lavoro in équipe?
- B2) Secondo Lei, quali sono le principali caratteristiche del lavoro in équipe nell'area delle dipendenze?
- B3) Quali sono, secondo Lei, i principali vantaggi di lavorare in équipe? Quali aspetti del lavoro in équipe Lei vive come più facilitanti il Suo personale operato?
- B4) Quali sono, secondo Lei, i principali svantaggi di lavorare in équipe? Quali aspetti del lavoro in équipe Lei personalmente vive come più faticosi?
- B5) Facendo riferimento alla sua esperienza, quali sono, secondo Lei, gli aspetti che possono favorire una buona collaborazione all'interno dell'équipe?
- B6) Facendo riferimento alla sua esperienza, quali sono, secondo Lei, gli aspetti che possono ostacolare maggiormente una buona collaborazione all'interno dell'équipe?
- B7) Quali sono, secondo Lei, le competenze che un professionista deve possedere per poter lavorare in équipe?
- B8) Quali sono le emozioni che si trova più frequentemente a provare quando lavora in équipe? In quali situazioni le è capitato di vivere queste emozioni? (\*Le capita di vivere anche emozioni piacevoli/spiacevoli?).
- B9) Secondo Lei, quali provvedimenti potrebbero essere introdotti per facilitare il lavoro d'équipe all'interno di un Servizio per le Dipendenze?

### *SEZIONE C (CULTURA ORGANIZZATIVA)*

C1) Secondo la sua idea di SerD, qual è la mission di questo tipo di servizio?

C2) Secondo Lei, data la sua esperienza all'interno del SerD di Castelfranco Veneto, quali sono i valori cardine che guidano l'operato di questo Servizio?

C3) Percepisce coerenza tra i valori del SerD di Castelfranco Veneto e il suo personale sistema valoriale? Percepisce alcune discrepanze o conflitti in questo senso?

C4) In relazione a tali incoerenze, se ci sono, in che modo il conflitto tra i suoi valori e quelli del Servizio condiziona il suo lavoro quotidiano e il suo stato di benessere?

C5) Secondo il suo punto di vista, come definirebbe la comunicazione tra i professionisti del Servizio?

C6) Qualora si venga a creare una conflittualità fra due o più professionisti, come viene affrontata, solitamente, la situazione?

C7) In generale, qual è la sua idea di una persona che ha una dipendenza? In che misura la ritiene responsabile della sua condizione? Crede che sia possibile liberarsi da una dipendenza? Sente che questa sua idea è coerente con quella degli altri professionisti della sua équipe?

C8) Ogni organizzazione è caratterizzata da un sistema culturale fondato su alcuni valori chiave che sono visibili nelle modalità operative e nelle scelte strategiche. Ora le presento quattro tipi di cultura organizzativa che si possono incontrare nelle organizzazioni sia private che pubbliche, sia produttive che di servizi, sia for profit che non profit, e le descrivo brevemente i valori di base che caratterizzano ciascuna di esse. La cultura GERARCHICA è una cultura burocratica, in cui è importante il rispetto delle procedure. Ognuno ha ruoli, compiti e mansioni ben definiti. Viene data importanza al fatto che i professionisti seguano le norme ed è caratterizzata da alto controllo.

La cultura DI MERCATO dà importanza allo stare al passo con la domanda e a produrre servizi adatti agli utenti. Anche se si può pensarla come meno presente nel settore non profit, un atteggiamento orientato al miglioramento continuo del servizio offerto e una spinta competitiva possono comunque rappresentare valori impliciti anche della cultura di un servizio socio-sanitario.

La cultura ADHOCRATICA è una cultura in cui sono premiati i professionisti più creativi. Si riconosce dal fatto che i ruoli e i compiti sono svolti in modo flessibile, e anche dal fatto che si avverte un certo spirito di competizione fra gli operatori.

La cultura FAMILISTICA è una cultura in cui è forte lo spirito di squadra.

L'organizzazione è intesa come una famiglia o un gruppo, in cui ci si supporta, ci si



aiuta a vicenda, i responsabili sono attenti che i professionisti abbiano tutto ciò di cui hanno bisogno per lavorare al meglio. Sono importanti quindi le persone, ci si prende cura l'uno dell'altro, c'è molta comunicazione e fiducia.

Sulla base di queste sintetiche descrizioni, al di là dell'etichetta verbale che identifica ciascun modello di cultura organizzativa, quale di questi secondo Lei si avvicina di più alla cultura organizzativa del SerD di Castelfranco Veneto?

#### *SEZIONE D (DOMANDE CONCLUSIVE)*

D1) In generale, in una scala da 1 a 10, quanto si sente soddisfatto/a del suo lavoro?

D2) In generale, in una scala da 1 a 10, quanto si sente soddisfatto/a in merito al lavoro d'équipe all'interno del SerD di Castelfranco Veneto? Le chiedo di motivare la risposta.

D3) C'è qualcosa di importante, che non le è stato chiesto, ma che desidera aggiungere?

#### *\*SEZIONE E (DOMANDE PER GLI "INFORMATORI CHIAVE")*

E1) Quali sono state le persone chiave nella storia del servizio che ne hanno orientato la cultura organizzativa? Quali sono i valori fondamentali che queste persone hanno incarnato? Quali sono la mission e gli obiettivi che hanno improntato l'azione del Servizio?

E2) Un "incidente critico" è un qualsiasi evento che abbia messo in crisi la vita, e in alcuni casi in pericolo la sopravvivenza, del Servizio, o che abbia portato alla riformulazione di obiettivi e/o di modalità operative. Nel corso degli anni, si è mai verificato un incidente di questo tipo? Quante persone si stavano rendendo conto di cosa stava succedendo? Qual è stata la loro reazione? Chi è intervenuto per far fronte al problema? Come ha agito? Quali conseguenze hanno comportato tali cambiamenti? Qual è stata la reazione emotiva delle persone?

E3) C'è qualcosa di importante che non le è stato chiesto, ma che desidera aggiungere?

#### *RINGRAZIAMENTI*