

## Cap.14 - Il gruppo e il lavoro d'équipe

### Introduzione

Il servizio offerto al malato nasce, cresce e si manifesta in un gruppo o meglio in una équipe, convinti che unicamente aggregando le energie è possibile l'interazione tra i diversi interventi, la condivisione delle finalità e degli impegni e, di conseguenza, "si fa di più e meglio".

In questo capitolo definiremo cos'è un gruppo di lavoro, rileveremo l'importanza ed evidenzieremo il contributo che ciascuno, pur nella specificità della sua mansione e nell'indipendenza tecnica in base alla preparazione e alla competenza, può offrire, senza minimizzare le difficoltà.

### 1.L'esperienza quotidiana

Tutti trascorriamo ampio tempo della nostra quotidianità soddisfacendo il nostro bisogno degli altri che si esprime principalmente aderendo ad alcuni gruppi che possiedono collocazioni e processi dinamici eterogenei in base alle loro caratteristiche, ai loro settori d'interesse e agli obiettivi che si prefiggono.

Troviamo gruppi prevalentemente centrati sull'individuo che denominiamo "primari". Sono quelli ristretti, animati dal contatto diretto tra le persone, dove si sviluppano le cosiddette relazioni "faccia a faccia" e sono più evidenti gli aspetti affettivi, i sentimenti di amicizia, di condivisione e di solidarietà (es.: famiglia, gruppo di amici...). Abbiamo, poi, quelli "secondari", che si fondano sull'integrazione tra l'individuo e il sociale, composti, il più delle volte, da un ampio numero di partecipanti, regolati da un'organizzazione con statuti, norme, protocolli e mansionari, oppure da convenzioni o da consuetudini, dove ruoli ed attribuzioni sono nitidamente determinati (es.: gruppi professionali, gruppi di volontariato...). Una terza tipologia di gruppo sono quelli che offrono stimoli per la realizzazione dei valori, delle virtù e dei comportamenti ritenuti insostituibili e irrinunciabili per la propria esistenza. Possiamo denominarli anche gruppi di "riferimento" dove s'insiste particolarmente sullo stile di vita, sulla qualità delle relazioni e sull'accoglienza (es: gruppi di spiritualità, gruppi religiosi...). Da ultimo evidenziamo i gruppi che rispondono specificatamente a determinati interessi personali o di categoria con l'obiettivo della loro tutela nei confronti della società e dello Stato (es.: gruppi di pressione, gruppi di veto...).

Da questa breve panoramica cogliamo che ogni gruppo ha finalità proprie. Di conseguenza, alcuni saranno prevalentemente orientati "sul compito", cioè sulla realizzazione di obiettivi (espletamento di attività, approfondimento di progetti...), altri, invece, "sulla persona" mediante il confronto e lo scambio d'idee su visioni dell'uomo, della società e del futuro.

L'operare con gli altri, in ogni tipologia di gruppo, non si improvvisa e spesso è difficilissimo essendo protesi, soprattutto oggi ad un individualismo esasperato e ad atteggiamenti di autosufficienza che reclamano autonomia. Non possiamo poi dimenticare l'arroganza di alcuni, la chiusura mentale di altri, la gelosia verso il proprio lavoro di taluni che causano comportamenti antagonisti. Inoltre, particolare non secondario, nel gruppo, le persone non sono scelte ma vi si trovano.

Poiché il gruppo ideale e sognato non esiste è indispensabile, nell'attuale contesto professionale e sociale che avvalorà il lavoro di équipe, addestrarsi a

collaborare per non rischiare che iniziative innovative si arenino o falliscano per la difficoltà ad armonizzare e sintonizzare risorse ed energie.

Cooperare in un gruppo, abbiamo affermato, è difficoltoso poichè aggregare più persone equivale a costituire una nuova inedita entità. Solo al termine di un periodo di assestamento anche prolungato e faticoso, e mediante la perspicace ed intelligente guida di un responsabile, è si raccoglieranno i frutti. Ogni persona deve essere percepita come un dono per il gruppo, poiché lo arricchisce con la sua peculiarità, valori, vissuti ed esperienze. Si rifletta su ciò che avviene quando dieci persone si ritrovano per discutere una problematica comune dove sono presenti decenni di esperienza che divengono un patrimonio comune. E mentre, prima, ognuno possedeva unicamente la propria opinione, al termine ogni singolo si ritroverà arricchito dall'apporto altrui e potrà riconoscersi o riconoscersi in giudizi più convincenti e più persuasivi.

## **2.Caratteristiche del gruppo**

### **OBIETTIVO COMUNE**

“L’obiettivo” racchiude sinteticamente le finalità che un gruppo intende raggiungere. Questo deve essere esplicito, fattibile, articolato e valutabile. La condivisione dell’obiettivo comune determina la partecipazione del singolo.

L’obiettivo, non solo va compreso ed accettato, ma ampiamente condiviso per evitare spiacevoli tensioni che spesso nascono dal disagio di alcuni che hanno frainteso le finalità del gruppo. E’ questa la fase “contratto” tra individuo e gruppo.

### **LEADERSHIP**

Ogni gruppo è guidato da un responsabile, comunemente definito “leader”.

Il leader è colui che coordina i componenti proponendo un “sogno da realizzare”, comunica la validità, la solidità e contemporaneamente i percorsi per attuarlo. Così F. D’Egidio e C. Moller lo descrivono: “Il leader è un personaggio che ha una visione e un’elevata capacità professionale. E’ dotato di capacità comunicative e di persuasione, in grado di motivare gli uomini per tradurre la visione in azioni quotidiane coerenti. E’ un personaggio che invece di mantenere, sviluppa; che invece di prediligere metodi, procedure, controlli sul modo con cui si fanno le cose, punta sulle idee, sull’innovazione e sul perché si fanno le cose...; è colui che aiuta a costruire un ambiente di lavoro sano e integro, dove nei corridoi non scorre la bava velenosa e le persone non parlano delle persone, ma con le persone”<sup>1</sup>. Essendo un ruolo primario, l’incremento e l’espansione del gruppo, sarà determinato primariamente dalla sua personalità e dalla sua modalità di esercitare l’autorità dell’autorità. Il leader deve possedere competenze “sul ‘saper essere’ o ‘essere nel sapere’, ossia competenze relazionali incentrate sulla capacità di mobilitare consenso, di gestire risorse umane, di rischiare nella ricerca di nuove prospettive e di soluzioni inesplorate e competenze di tipo esistenziale, come l’entusiasmo, la passione, la coerenza, l’empatia, l’indipendenza di pensiero, l’autenticità, la ricchezza morale, l’affidabilità”<sup>2</sup>. J. Vanier, filosofo canadese, fondatore de “L’Arche” (una serie di comunità per persone disabili diffuse in tutto il mondo) e ispiratore del movimento “Foi et Lumiere”, va oltre una definizione puramente tecnica, ricordando che “la qualità fondamentale di un

---

<sup>1</sup> F. D’EGIDIO – C. MOLLER, *Vision & leadership. Per un cambiamento culturale teso all’eccellenza*, F. Angeli, Milano 1994, pg. 75.

<sup>2</sup> F. NANETTI, *La leadership efficace*, Quattro Venti, Urbino 1999, pp. 6-7.

responsabile dei servizi alla persona è di amare i membri del suo gruppo, di sentirsi messo in causa dalla loro crescita. Questo implica che porti anche le loro debolezze. I membri del gruppo sentono molto presto se il responsabile li ama, se ha fiducia in loro, o se al contrario è lì per esercitare un potere e imporre la sua visione, oppure se è un debole che non cerca che di farsi amare da loro. (...) Il segreto di un responsabile è di restare giovane, aperto e disponibile, capace di meraviglia<sup>3</sup>.

## COMPONENTI

Ogni persona possiede un “potenziale inespresso” che consiste nella differenza fra quello che compie e quello che potrebbe realizzare ma non lo fa, poiché magari non sa di possedere particolari virtù poiché nessuno gli ha offerto l'opportunità di mettersi alla prova, oppure poiché svolge mansioni riduttive rispetto alla sua preparazione professionale, o è condizionato dalla pigrizia e mortificato dalla routine. Possiamo definire tutto ciò: “carenza di meritocrazia”<sup>4</sup>; una condizione assente nel nostro Paese dove i più avanzano nei vari settori societari, dalla pubblica amministrazione alla sanità, più per raccomandazioni che per professionalità, più per conoscenze che per competenze. Alcuni offrono a questo termine un significato negativo, mentre noi siamo convinti che una “trasparente meritocrazia” valorizzi le persone prestando attenzione ai talenti, alle idee, alle competenze, affinché tutti facciano qualcosa in più e in meglio.

Ma questo è un processo spesso disatteso anche nella sanità poiché le figure apicali a volte non conoscono sufficientemente i propri collaboratori, oppure osservano i processi unicamente per segmenti e non nella loro totalità, o temono il confronto e le capacità dell'altro.

Altro fattore importante è la delega, non unicamente operativa ma anche decisionale, con l'impegno di colui che è delegato di informare e del responsabile di verificare la coerenza della decisione con la finalità comune.

L' impostazione che valorizza le risorse umane, quindi anche la meritocrazia, per la testimonianza di chi ha creduto in questo, mostra risultati ottimali.

## NORME E RUOLI

Operare in gruppo non annulla i ruoli specifici; per questo necessitano comprensibili e specifiche regole oltre una classificazione dei ruoli facendo risaltare: “chi decide”, “che cosa decide” e “come decide” mediante “organigrammi”, cioè la formalizzazione della reale gerarchia organizzativa di una azienda e “funzionigrammi” che riportino per ogni struttura (nel caso ospedaliero: dipartimenti, reparti, settori...) l'elenco delle funzioni di competenza.

## SENSO DI APPARTENENZA

Nel gruppo la condivisione degli obiettivi è essenziale ma non sufficiente, serve andare oltre per far sgorgare nei componenti il “senso di appartenenza” all'Ente di cui il gruppo è una parte. La maggioranza delle organizzazioni e, quelle ospedaliere dovrebbero essere un esempio, si riferiscono come supporto nello svolgimento delle loro attività e per il raggiungimento delle loro finalità a un “sistema di valori”. Dal coinvolgimento di tutti, anche a livello valoriale, scaturisce

---

<sup>3</sup>J. VANIER, *La comunità, luogo del perdono e della festa*, Jaca Book, Milano 1979, pg. 142.

<sup>4</sup> Il dizionario Treccani on-line così la definisce: “Concezione della società in base alla quale le responsabilità direttive e specifiche cariche pubbliche, dovrebbero essere affidate ai più meritevoli, ossia a coloro che mostrano di possedere in maggior misura intelligenza e capacità naturali, oltreché di impegnarsi nello studio e nel lavoro”.

il senso di appartenenza, cioè il reputare se stessi appartenenti a un gruppo (o ente) e il ritenere il gruppo (o ente) come qualcosa di proprio. Il senso di appartenenza è dunque un legame solido e stabile con una struttura. L'importanza di questo è raccontata in un classico di T. Peters, consulente aziendale americano, nell'opera "In research of excellence"<sup>5</sup> (Alla ricerca dell'eccellenza), che ha come sottotitolo "Lezioni dalle imprese meglio gestite negli Stati Uniti". Egli indagò i moventi di successo delle 62 maggiori aziende e imprese degli Stati Uniti. E, dopo aver affermato, il rilievo dell'azione, dell'ascolto del cliente, della promozione dell'autonomia del dipendente, dell'innovazione..., afferma che "l'elemento base" del processo di un'impresa risiede nel mobilitare i dipendenti attorno a un "valore-chiave". Qualunque Ente e, di conseguenza anche l'ospedale, devono compiere il passaggio dal "value free" (istituzione libera dai valori) al "value loaded" (istituzione carica di valori). Inoltre sostiene che "si può speculare, in lungo e in largo, sulle cause del declino e del fallimento delle imprese; la tecnologia, i mutamenti di gusto e delle mode, tutto influisce; (...) tuttavia metto in dubbio che tali cose siano decisive in se stesse per il fallimento di un'azienda. Credo invece che la vera differenza tra successo e insuccesso di un'impresa risieda spesso nell'abilità di aver saputo sfruttare le energie e le capacità del personale. Che si fa per aiutare queste persone a individuare una causa comune per cui lottare? (...). Da qui la mia tesi che, qualunque impresa, per sopravvivere ed aver successo, deve possedere un 'solido insieme di convinzioni' su cui basare tutte le sue norme ed azioni. Poi credo che il fattore più importante per il successo dell'impresa sia la ferma 'fedeltà alle convinzioni'. E, per ultimo, credo che un'organizzazione per affrontare con successo la sfida che rappresenta un mondo in continua trasformazione, deve essere disposta a cambiare tutto al suo interno nel corso della sua vita imprenditoriale, tranne le sue 'convinzioni' "<sup>6</sup>.

Ciò si concretizza anche nel quotidiano mediante atteggiamenti il dialogo, la collaborazione, la gestione oculata negli acquisti, nel rispetto dei beni materiali, nella difesa del suo buon nome dell'istituzione, nell'orgoglio di operare in quella struttura.

### **3. Caratteristiche dell'équipe ospedaliera**

L'équipe ospedaliera possiamo definirla "allargata" o "ristretta" a secondo delle figure che vi partecipano essendo molti coloro che ruotano attorno al malato: le figure sanitarie di base (medici, infermieri, ausiliari...), le professioni sanitarie di supporto (fisioterapisti, logoterapisti...), le professioni di aiuto (psicologi, assistenti sociali, educatori...), il cappellano e i volontari.

Anche nel settore sanitario è difficoltoso lavorare in gruppo: i progetti s'inseriscono in contesti dove l'attività va condivisa e attuata con persone alquanto diverse che, spesso, hanno scelto un determinato obiettivo-servizio (la professione), senza cogliere il valore della collaborazione e della reciprocità. Potrebbe essere molto più semplice concentrarsi unicamente sul proprio lavoro specifico senza confrontarsi con gli altri ma i risultati, almeno a lungo termine, sarebbero senz'altro minori. Anche la comunicazione con il paziente rischierebbe la disomogeneità, poiché ognuno si presenterebbe al suo capezzale con la propria agenda incapace di rispondere agli interrogativi più comuni. L'infermiere,

---

<sup>5</sup> T. PETERS – R.H. WATERMAN, *In research of excellence. Lessons from America's Best Run Companies*, HarperBusiness Essential, New York, 1985.

<sup>6</sup> *In research of excellence*, op. cit., pp. 154-155.

ad esempio, si troverebbe imbarazzato quando il malato lo interrogherebbe su una determinata terapia oppure le motivazioni per sottoporsi a un particolare esame.

L'équipe ospedaliera, dunque, non si sottrae alle dinamiche accennate; deve farle proprie rielaborandole e attingendo anche a strumenti della cultura aziendale quali la programmazione, lo sviluppo delle risorse umane, il controllo di gestione e della qualità dei servizi, i percorsi di formazione e di aggiornamento.

Ogni componente l'équipe deve essere cosciente di offrire un contributo significativo, di partecipare all'attuazione di un cambiamento in positivo, sentendosi responsabile e gratificato dal risultato e trattato rispettosamente. È indispensabile quindi, per garantire una buona qualità di servizio, supportare le varie figure professionali con specifici interventi tesi a valorizzare capacità, potenzialità e disponibilità.

La qualità della prestazione è strettamente correlata alla preparazione e all'abilità dell'individuo e soprattutto alla sua "motivazione". Se questa è elevata occorre vigilare affinché non si corrompa e non si affievolisca; se questa è inadeguata o incerta va rinvigorita.

## PROBLEMI DELL'EQUIPE O DEL GRUPPO

Ne evidenziamo due tra i più comuni: il conflitto e l'erronea interpretazione del ruolo.

### CONFLITTO

Con il termine conflitto, s'indica abitualmente, un consistente contrasto, un'opposizione o una disarmonia.

Abbiamo "conflitti emotivi" che sgorgano dal disaccordo fra desideri, bisogni e valutazioni affettive e "conflitti cognitivi" che sorgono dal contrasto fra aspetti conoscitivi e azioni. I conflitti possono essere, inoltre, "consci", cioè evidenti nella motivazione oppure "inconsci", causati da ragioni ignare. "Intra-personali" ossia limitati ad un singolo o "inter-personali" cioè tra più individui.

Il conflitto nei luoghi di lavoro spesso ha un'origine "strutturale", derivante dall'erronea impostazione tecnico-organizzativa dell'ente, e sorge tra le figure apicali e i singoli a causa di un'organizzazione eccessivamente complessa e rigida, per la carenza di risorse, per la mancanza di una articolata comunicazione interna, per l'ignoranza del proprio ruolo e delle proprie responsabilità. Il rischio è la duplicazione di attività similari e la dispersione di risorse. Anche l'ambiguità delle responsabilità, i problemi di status e di potere, l'eccessiva preoccupazione per promozioni e riconoscimenti, alimentano i conflitti.

Il conflitto, definito da molti come passaggio indispensabile nella crescita di un gruppo, se gestito scorrettamente provoca tensioni emotive, sentimenti di ostilità ed insoddisfazione. Ben amministrato diviene occasione di sviluppo consentendo significativi rinnovamenti e, tutto ciò, avrà delle ricadute positive sulla qualità del servizio. Da ultimo, rammentiamo, la necessità di identificare le cause del conflitto e l'esigenza del confronto, comprendendo il pensiero dell'altro e ricercando insieme soluzioni dignitose per ognuna delle parti coinvolte.

Un conflitto spesso presente in una équipe ospedaliera è tra infermieri e medici che non riconoscono pienamente nei primi una figura partner, anzi gli infermieri, anche oggi, avvertono l'eccessiva dipendenza dal medico; non a caso, nell'immaginario collettivo, spesso si usa l'errato termine di "paramedici". Ma un medico non può svolgere il suo intervento diagnostico o terapeutico escludendo la collaborazione dell'infermiere che meglio conosce il paziente, osservandolo

ventiquattro ore al giorno, cogliendo situazioni e circostanze che al medico sfuggono. Ovviamente vale anche in contrario; l'infermiere necessita delle competenze del medico poiché le due professionalità non sono parallele ma convergenti. Dunque, medico e infermiere, non possono operare disuniti! Ma, collaborazione, non significa come a volte avviene, "deleghe in bianco" da parte del medico o sconfinamenti in mansioni non proprie da parte dell'infermiere.

C. Iandolo suggerisce alcuni elementi che incoraggiano la reciproca collaborazione. "1.La competenza professionale dell'uno e dell'altro dovrebbe favorire la reciproca fiducia e la reciproca stima. 2.La profonda convinzione dell'indispensabilità della reciproca collaborazione. In medico deve pensare di non poter fare a meno dell'infermiere e viceversa. 3.La profonda convinzione che ogni incomprensione ed ogni attrito fra medico e infermiere si ripercuote negativamente sul benessere del malato. 4.La netta suddivisione dei compiti e delle mansioni per cui non sorgano dubbi su ciò che è di competenza del medico e ciò che è di competenza dell'infermiere"<sup>7</sup>.

#### **ERRONEA INTERPRETAZIONE DEL RUOLO**

Difficoltà nel gruppo sorgono anche quando il leader difende strenuamente il proprio ruolo per motivazioni d'immagine, di carrierismo o economiche. La sua enfaticizzazione tende a soffocare il gruppo, poiché l'impegno prioritario del responsabile sarà quello di conservarlo; di conseguenza, tutte le scelte che si promuoveranno, metteranno in secondo piano i bisogni e le aspettative degli utenti. E, il ruolo, lo si difende con la staticità e vivendo con nostalgia un passato racchiuso nell'affermazione: "si è sempre fatto così!".

#### **4. L'équipe ospedaliera verso nuovi itinerari**

Presenteremo ora alcuni itinerari da intraprendere nel gruppo o nell'équipe ospedaliera. Operando in ospedale da oltre venticinque anni, sono ben consapevole che le indicazioni che saranno offerte potrebbero essere catalogate come un sogno, ma un sogno che con il contributo di tutti, può realizzarsi. Sono confortato e incoraggiato da questo pensiero del cardinale C.M. Martini: "Occorre il sostegno, in ogni impegno pubblico, di un sogno, un ideale, un progetto, un'utopia su cui misurare il presente e graduare gli interventi possibili senza lasciarsi soffocare dalle piccole urgenze quotidiane o fuorviare dai clamori o dalle blandizie dei petulanti di turno"<sup>8</sup>. Solo così si contribuirà a creare quel "nuovo" di cui tutti parlano da anni, poiché ne avvertono la necessità e l'urgenza. Ma, nessun sogno si realizzerà, se ogni membro di un'équipe non si impegnerà con lealtà e con responsabilità a integrarsi con il tutto.

#### **CREATIVITÀ E INNOVAZIONE**

Come già rilevato, soprattutto negli ultimi decenni, il malato ha "cambiato volto", cioè manifesta esigenze nuove; di conseguenza anche l'erogazione dei servizi richiede modalità operative riviste operando in una logica di complessità. Questa nuova situazione invita a ridefinire le modalità di offrire l'assistenza e di proporre la cura per evitare il rischio di essere retrogradi, non soddisfacendo le richieste ma unicamente vivacchiando insensibili ai richiami esterni. E' essenziale perciò, e in questo il gruppo è un supporto notevole, creare innovative strategie operative

---

<sup>7</sup> C. IANDOLO, *L'etica al letto del malato*, Armando Editore, Roma 1990, pg. 163.

<sup>8</sup> C.M. MARTINI, *Discorso alla città di Milano per la festa di sant'Ambrogio*, 6 dicembre 1996.

che anticipino i tempi, superando la fase statica che da tempo aleggia in troppi operatori sanitari.

Creazione e innovazione consolidano la mission dell'ente, irrobustiscono il gruppo, supportano i singoli nel cammino motivazionale che non va mai abbandonato. Anche se alcuni tenderanno a difendere convergenze sul passato, quando si intraprende un percorso di cambiamento e innovazione, questi rischiano, come ci mostra la storia, di sentirsi degli emarginati professionalmente.

#### DIRITTO AD ESSERE SE STESSI

Ogni gruppo è composto da uomini e donne con personalità, esperienze, conoscenze e storie eterogenee. Essere se stessi significa sentirsi liberi di mostrare la propria unicità di soggetto esclusivo e irripetibile e di professionista con ruoli ben determinati. Di conseguenza serve accogliere le diversità anche lavorative come un valore.

Ognuno, nel gruppo, ha il diritto-dovere di esprimersi, di contribuire con le proprie idee a migliorare il servizio, di manifestare la propria creatività, di presentarsi per quello che è, senza dover indossare una maschera o recitare un ruolo nella speranza di rivelarsi migliore degli altri.

#### FIDUCIA VICENDEVOLE

La fiducia si incrementa con il trascorrere del tempo, dopo aver superato insieme sfide, tensioni e difficoltà. Con la fiducia si supera l'individualismo, l'egocentrismo e il personalismo per costruire con l'altro e nei confronti dell'altro un rapporto disinteressato, rispettoso e solidale. E' il passaggio del gruppo dalla "interazione" alla "integrazione". Una dinamica che mostra il raggiungimento di questo obiettivo è quella della "correzione fraterna", cioè la capacità di richiamare l'altro quando sbaglia. E' questa una modalità relazione di difficile gestione essendo complesso individuare il tempo, le parole e le misure adeguate e, soprattutto, che sia accettata, poichè chi la riceve deve possedere il desiderio di mettersi in discussione e un'idonea porzione di umiltà. Ma, anche chi la propone, deve porre alla base di questo atto un'indubitabile retta intenzione, la conoscenza diretta degli avvenimenti, oltre che interrogarsi sulle motivazioni che lo inducono a correggere l'altro. La pratica della correzione fraterna, nel gruppo, farà superare pettegolezzi, pregiudizi e gelosie, sempre molto diffuse.

#### PERDONO

Nonostante l'impegno profuso nel rapportarsi con gli altri, a volte sfuggono parole che feriscono o si assumono atteggiamenti di superiorità e comportamenti che urtano le varie suscettibilità creando tensioni e conflittualità. Per questo un'altra attitudine di grande rilievo è il perdonare o il domandare perdono.

E' questo un tema particolarmente ostico in un contesto societario che ne sta smarrendo il significato, che fatica a stimare colui che si pente ed esalta, magari inconsciamente, la violenza e la sopraffazione. Eppure la filosofia del perdono, come dimostra la storia, tanti l'hanno vissuta: si pensi a M.K. Gandhi, a M. Kolbe, a D. Bonhoeffer, a M.L. King..., mutando anche il corso degli eventi.

Una precisazione. "Giustizia" e "amore" che talora riteniamo in contrasto sono strettamente congiunti poichè l'uno necessita dell'altro. La "giustizia" è un fondamento delle relazione tra gli uomini, e chiede il rispetto della dignità del singolo e delle sue alterità, riferendosi al diritto. L' "amore" supera le alterità giungendo alla condivisione della "sorte" dell'altro (gioie, benessere, dolori, sofferenze...) Colui ama supera la distinzione tra "mio" e "tuo", cioè la legge,

giungendo ad asserire: quello che è “mio” deve essere anche “tuo”. Di conseguenza, un ordine sociale incentrato sulla dignità della persona, è “fondato sulla verità, realizzato nella giustizia e vitalizzato dall'amore”<sup>9</sup>. Amore e giustizia procedono di pari passo anche di fronte alla pena e al risarcimento.

## Excursus: Un progetto: “Reinventare l’ospedale”



“Reinventare l’ospedale” è un progetto realizzato presso l’ospedale san Giuseppe di Milano dal 1992 al 1995, sotto la guida di Fra Pierluigi Marchesi, allora Priore dell’ente, nel quali coinvolgendo tutti gli operatori (sanitari e amministrativi) si sono concretizzati e intersecati collaborazione, qualità ed umanizzazione.

### L’OSPEDALE SAN GIUSEPPE DI MILANO: UN PO’ DI STORIA

L’ospedale San Giuseppe di Milano, di proprietà dell’Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio (fino la 2016) era un “Ospedale Generale di Zona” che nel 1973 entrò a pieno titolo nelle strutture ospedaliere pubbliche mantenendo, però, l’autonomia giuridica ed amministrativa.

Nel 1992, quando Fra Marchesi assunse la direzione, contava 351 posti letto gestiti da 600 operatori sanitari e amministrativi, oltre la presenza di due comunità religiose con cinque frati e otto suore e due cappellani. L’ospedale raggiungeva 8.000 ricoveri l’anno, per un totale di oltre centomila giornate di degenza, con un’occupazione media dell’ 90%. Operavano, inoltre, due cattedre universitarie, quella di chirurgia e quella di urologia. Nel 1990, i maggiori organi di comunicazione, riportarono la notizia che presso il “San Giuseppe” ebbe luogo il primo intervento a livello mondiale di asportazione del tumore polmonare in videolaparoscopia, effettuato dal professor Giancarlo Roviato.

Quando Fra Marchesi fu nominato priore (cioè direttore generale) trovò una struttura che aveva compiuto molteplici e fruttuosi investimenti economici, ed era quindi impegnata in una strategia di contenimento dei costi, trascurando però, in parte, due aspetti nevralgici per l’ospedale: l’umanizzazione delle cure e la formazione permanente degli operatori, che gradualmente avevano smarrito il senso di appartenenza al malato e all’Ente.

Già nel discorso di “insediamento”, Fra Marchesi, chiari che sua strategia operativa sarebbe stata animata dall’Umanizzazione. “La vera umanizzazione”, affermò, “non significa rifare la facciata del ‘san Giuseppe’, ma condividere con l’uomo il dramma della sua sofferenza. L’ospedale ha le sue difficoltà, versa in una situazione economica ed organizzativa a rischio, che in parte rispecchia la

<sup>9</sup> CONCILIO VATICANO II, Costituzione dogmatica *Gaudium et spes*, n.26.



situazione di disagio dell'intero Paese. E' un'altra delle sfide che si vincono soltanto con livelli di formazione e di organizzazione interna degni della patologia del malato. Un ospedale come il nostro dovrebbe inchiodare all'ingresso tre 'A' (Accogliere, Accompagnare, Amare), e dovrebbe contare su operatori che interiorizzano le tre 'A', da quando il malato si presenta in portineria fino a quando ne esce guarito. Perché il malato, è il nostro padrone, e nessuno deve rendersi complice del furto più perfido che un' operatore sanitario possa compiere: quello di non dare 'il buongiorno della speranza' a chi forse ha paura di morire". Per alcuni, il Priore, mesi osservò l'ambiente, commissionò uno studio sistematico dell'ospedale ad una società esperta in problemi organizzativi e gestionali, partecipò a 150 incontri con gli operatori di tutti i reparti e settori ed organizzò una full immersion di due giorni per esaminare i risultati forniti dalla società di consulenza.

### **IL "PROGETTO QUALITÀ"**

Nell'ottobre del 1992, il Priore, lanciò il "Progetto Qualità", un'idea profetica ed innovativa nel panorama sanitario italiano. Non possiamo scordarci che mentre oggi tutti discutiamo di "qualità", nel 1992 il termine era assente dalla sanità; farà il suo ingresso ufficiale solamente con i decreti Legge 502/92, 517/93 e successive modifiche che troveranno piena applicazione nel 1995.

Il 'Progetto Qualità', aveva per "colonne portanti" "l'efficienza" e "la pietas", energie che si dovranno intersecare. "Efficienza intesa come miglioramento e ottimizzazione delle prestazioni scientifiche e tecniche e, nel contempo, come piena professionalità degli operatori. Pietas intesa come caratteristica di un Ordine Religioso dove il sofferente deve essere curato e assistito a partire dalla sua interezza di persona e, quindi, tenendo conto di tutte le sue dimensioni, materiale, psicologica, spirituale e sociale! (*Comunicazione del Padre Priore a tutti i collaboratori dell'ospedale, luglio 1992*).

Il traguardo era raggiungibile unicamente investendo sulle "risorse umane" motivandole, coinvolgendole, formandole per creare insieme una "mentalità nuova".

Altro aspetto importante riguardava il "metodo di lavoro razionale" che permetteva all'operatore di sentirsi parte di un unico grande processo, suddivisibile in tanti piccoli segmenti collegati gli uni gli altri come in una catena. Questa convinzione, originò una frase di Fra Marchesi, che disgustò molti: "Il grande chirurgo luminare e l'ausiliare della sala operatoria, per il malato ricoprono la stessa importanza, pur con competenze e responsabilità diverse. Il chirurgo può praticare anche l'intervento più complesso, ma se la sala operatoria non è ben sterilizzata, il malato rischia di morire per un'infezione".

Illustriamo per brevi cenni il cammino proposto da Fra Marchesi, rimandando per approfondimenti al testo *Reinventare l'ospedale. Pietas e qualità: l'ospitalità religiosa oggi*<sup>10</sup>.

### **LE GIORNATE DI "SENSIBILIZZAZIONE E DI CONFRONTO"**

Furono sei, si tennero nel novembre 1992, parteciparono tutti i 600 operatori dell'ospedale.

---

<sup>10</sup> C. BONFIOLI, I. BOSI, G.M. COMOLLI, P. POLLINA, *Reinventare l'ospedale. Pietas e qualità: l'ospitalità religiosa oggi*, San Paolo, Milano 1995.

La giornata prevedeva tre relazioni oltre i lavori di gruppo. Fra Marchesi, nel discorso introduttivo, analizzava il presente e il futuro della sanità evidenziando il notevole rischio dell'immobilismo ("si è sempre fatto così"). Era urgente il cambiamento che si sarebbe attuato operando insieme, riconoscendo uguale dignità a tutti gli operatori, superando l'omertà e la cultura della lamentela, puntando sulla progettualità, sull'organizzazione e sulla formazione. Per quanto riguardava l'organizzazione, Fra Marchesi, intuì i profondi cambiamenti che si sarebbero verificati, dopo pochi mesi, con l'introduzione dei DRG (Diagnosis Related Group). terminate le relazioni, le giornate di "sensibilizzazioni e di confronto", proseguivano con i lavori di gruppo. Ne furono costituiti ventiquattro, affinché ogni operatore avesse l'opportunità di confrontarsi sull'appartenenza e l'umanizzazione, sull'organizzazione e sulla formazione, valutando gli aspetti positivi e negativi dell'ospedale<sup>11</sup>. L'iniziativa, suscitò ampio interesse e notevole entusiasmo, per il clima di cordialità e libertà di espressione presente nei gruppi. Concluse le "sei giornate", una Commissione composta da operatori e consulenti, esaminò i verbali, evidenziando le problematiche che richiedevano un esame approfondito.

Riassumiamo sinteticamente i risultati dei lavori di gruppo. Per quanto riguardava 'l'appartenenza', la trattazione della tematica fu una sorpresa per molti poiché nel passato nessuno aveva illustrato agli operatori le finalità dell'ospedale e la proprietà religiosa dell'opera. Anche la firma della "Promessa" di lealtà all'ospedale e agli indirizzi etico-religiosi della Provincia Religiosa, ai più era passata inosservata, avendola sottoscritta, presso l'Ufficio del Personale, insieme ad altri documenti nel momento dell'assunzione. Per quanto riguardava 'l'organizzazione', molti espressero, pur non giudicando nessuno, delusione, avendo l'impressione che i vertici erano poco attenti e sensibili ai problemi dell'ospedale e degli operatori e soprattutto alla loro soluzione. Tutti concordarono, infine, sull'importanza della 'formazione'.

A questo punto ci si interrogò sulla metodologia da adottare per continuare il coinvolgimento delle risorse umane. L'idea fu quella di costituire alcuni 'gruppi di interesse'. Duecento operatori, mediante una scheda di adesione, diedero la disponibilità ad esaminare criticamente alcune problematiche dell'attività ospedaliera, esprimere opinioni e proporre idee e suggerimenti. Furono costituiti quattordici 'gruppi di interesse': Umanizzazione dell'assistenza sanitaria, Scienze Umane ed Etica della medicina, Accoglienza ed Accompagnamento, Emergenze, Qualità terapeutica, Pastorale della Salute, Ospitalità ed emarginazione sociale, Animazione e tempo libero, Informazione, comunicazione e pubbliche relazioni, Formazione ed aggiornamento, Sicurezza sul lavoro, Accoglienza dell'utente dei servizi ambulatoriali. I gruppi, composti da circa venti operatori, coordinati da un leader, si riunivano mensilmente, costituendo quello che Fra Marchesi definì: "l'archivio delle idee".

Al termine del primo anno, in una conversazione di fronte al caminetto, così Fra Marchesi, rispose alla domanda: "Quali fattori l'hanno spinto a proporre questo cammino?". E lui: "In sintesi, nel promuovere questa iniziativa di cambiamento all'interno dell'ospedale, io mi sono basato sulla mia vita e soprattutto sul mio voto di Ospitalità che è e rimane una sfida nel contesto della sanità; sfida non di contrapposizione ma di dialogo, di crescita, di confronto di nuove metodologie e culture". All'interrogativo, un po' malizioso, se conoscesse altre istituzioni che avessero intrapreso lo stesso percorso, rispose: "Anche se potrebbe sembrare un

---

<sup>11</sup> Cfr.: P. L. MARCHESI, *L'ospedale si confronta*, Ed. Fatebenefratelli, Cernusco sul Naviglio (Mi) 1992.

grosso peccato di presunzione, in genere le iniziative che intraprendo sono semplicemente il frutto di una meditazione sulla realtà odierna che si proietta sul domani; meditazione del presente che si proietta sul futuro e non tanto un'analisi introspettiva delle esperienze maturate”.

#### **LE GIORNATE DI “INFORMAZIONE”: “GLI OPERATORI DELL’OSPEDALE SI ALLEANO”.**

Il secondo anno si aprì con sei giornate di “informazione”.

Così, il Padre Priore, spiegò il significato nell’invito recapitato a tutti gli operatori: “ ‘L’ospedale di allea’, sarà il titolo delle prossime ‘Giornate di Informazione’; infatti, uniti in alleanza sincera fra tutti noi - resa possibile dalla conoscenza del cammino fin qui percorso - potremo proseguire lungo il cammino della civiltà sanitaria nella città di Milano, illuminato dalla tradizione e dalla spiritualità dell’Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio”.

Fra Marchesi, nell’introdurre “le giornate”, condivise la sua impressione che negli operatori stava crescendo la consapevolezza della centralità del malato, della complessità dell’ospedale e della necessità dell’interdisciplinarietà. Inoltre, i “gruppi di interesse” avevano svolto un’ approfondita analisi della struttura; ora, era fondamentale, trasformarsi in “gruppi di progetto” per la realizzare le varie proposte. Concludendo “le giornate”, il Priore, risottolineò con decisione che l’obiettivo dell’anno era “l’alleanza”, poichè solo uniti si raggiunge l’obiettivo della qualità. E ci si allea, abbattendo gli steccati tra reparti, aree omogenee, e persone, e puntando decisamente sulla formazione concretizzata da un adeguato piano formativo<sup>12</sup>.

Riportiamo i Progetti realizzati nell’anno sociale 1993-94: costituzione del Comitato Etico e del Comitato Scientifico; creazione della Cappellania Ospedaliera e della Commissione Umanizzazione; definizione del Funzionigramma di primo e secondo livello affinché tutti conoscessero “chi fa – che cosa”; nuovo Servizio di Ristorazione computerizzato e personalizzato; riorganizzazione del Guardaroba e della Lavanderia; revisione dei Moduli di Consenso Informato di tutti i reparti e settori; Guida per il paziente: ‘L’ospedale si presenta’; compiuterizzazione delle Cartelle Cliniche; giornalino ‘Persona’ con la finalità di coinvolgere gli operatori nel cammino dell’ospedale; istituzione del Servizio di Accompagnamento per rendere maggiormente confortevole la degenza del malato. Il 22 dicembre 1993 fu costituito il Comitato Etico, progetto realizzato dal gruppo di interesse: “Scienze Umane ed Etica della medicina”, come richiesto dal Decreto Ministeriale n. 86/1992. Le finalità del Comitato le illustrò Fra Marchesi, nominato Presidente nella seduta inaugurale: “Il Comitato Etico, ‘organo consultivo’, formato da varie figure professionali interne ed esterne all’ospedale, intende mediante la formulazione di ‘pareri’ o ‘raccomandazioni’, proteggere e promuovere i valori della persona umana, discutendo e definendo ‘questioni etiche’ connesse alle attività scientifiche, assistenziali, didattiche e amministrative dell’ospedale. In particolare per quanto riguarda: la sperimentazione farmacologia, la ricerca biologica e medica in generale, le decisioni cliniche, gli interventi terapeutici, il rapporto medico-paziente, il rapporto degli operatori sanitari tra loro e con l’istituzione, le decisioni economico-amministrative e le scelte didattiche”.

Il Progetto di rinnovamento e alleanza occupò gli operatori per tutto l’anno al termine del quale Fra Marchesi affermò: “Il nostro modello è un modello che viene

---

<sup>12</sup> Cfr.: A. SPINELLI, *Dossier formazione permanente. Progetti e proposte per l’anno 1993-94*, Ed. Fatebenefratelli, Cernusco sul Naviglio (Mi) 1993.

da lontano, e per essere attuato, ha bisogno di non essere confuso con quello di tanti supermercati lucenti ed attraenti”.

### **“GLI OPERATORI DELL’OSPEDALE ‘SAN GIUSEPPE’ SCELGONO LA QUALITÀ”.**

Anche nel 1994 si svolsero le tradizionali “sei giornate” che vertevano sulla Qualità. La scelta della Qualità, intesa come miglioramento ed ottimizzazione delle prestazioni scientifiche e tecniche e, nel contempo come piena professionalità degli operatori, era la risposta più adeguata allo scenario della sanità che si stava rapidamente modificando, e che dal 1 gennaio 1995 avrebbe richiesto un radicale mutamento organizzativo e culturale. Fra Marchesi, desiderava che tutto l’ospedale fosse ben cosciente di ciò!

Il Priore nel discorso introduttivo alle Giornate, evidenziò i valori base di un processo di cambiamento che identificò in quelli dell’Ordine Ospedaliero e nell’elevata percezione etica degli operatori. Fu presentato l’itinerario del “Programma Qualità”, e Fra Marchesi concludendo, ribadì più volte l’importanza della formazione. Affermò: “Senza formazione si può lavorare moltissimo, ma senza formazione non si può esercitare una professione. E in ospedale si deve lavorare con professionalità. Senza formazione non si fa assistenza; si rischia di passare oltre. Con la formazione, si dà più senso, non solo al proprio vivere professionale, ma anche umano”. Si pose poi l’interrogativo: “Com’è possibile innovare la mentalità degli operatori sanitari?”. La risposta: “E’ possibile mediante un programma formativo che crei una mentalità comune. Le industrie da tempo hanno questi programmi, l’ospedale no. Eppure, noi, non produciamo un paio di scarpe o una macchina. Ma un bene fondamentale che si chiama salute”. E concluse: ‘Elevare il livello di professionalità è un impegno per l’Amministrazione di un ospedale e per il lavoratore è un dovere, perché il malato ha il diritto di essere assistito da operatori preparati. Il sofferente percepisce subito la preparazione professionale degli operatori e quando un infermiere o un medico è sicuro o insicuro”.

Nel frattempo, il Progetto Qualità, suscitava notevole interesse anche all’esterno dell’ospedale. Fra Marchesi, con i più stretti collaboratori, ebbe l’onore di presentarlo al “Congresso Internazionale per la Qualità dell’Assistenza Sanitaria”, organizzato dalla fondazione Giorgio Cini di Venezia nel maggio 1995, alla presenza di H. Clinton, moglie del presidente degli Stati Uniti. Durante il congresso, le esperienze riportate da prestigiose istituzioni di tutto il mondo, evidenziarono che la metodologia e la cultura della Qualità Totale possono essere applicate, con ottimi risultati, anche in ambito sanitario. L’equipé di Fra Marchesi fu inoltre invitata dall’onorevole A. Bompiani, all’ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, per illustrare il progetto alle figure apicali del nosocomio. Il 15 marzo 1995, presso il Circolo della Stampa di Milano, alla presenza di professionisti del mondo sanitario e di vari giornalisti, fu presentato il libro: “Reinventare l’ospedale. Pietas e qualità: l’ospedalità religiosa oggi”, arricchito dalla prefazione di V. Messori.

Quale valutazione diede, Fra Marchesi, al Progetto Qualità? Rispondiamo con un suo giudizio riportato al termine del testo: ‘Reinventare l’ospedale’. “Nei confronti del progetto c’erano gli entusiastici, i tiepidi e gli oppositori. Non sono ancora in grado di dare una valutazione complessiva, ma osservo che molti vedono ora questo tentativo in modo estremamente positivo. Il traguardo è quello di un reale coinvolgimento di tutto il personale nella vita dell’ospedale. Per dare un’idea dell’entusiasmo che ha contagiato alcuni operatori, le dirò che i quattro autori di questo libro hanno sacrificato interi sabati e domeniche per mettere a punto il

testo, e hanno rinunciato in partenza ad ogni emolumento di carattere editoriale. A loro interessava unicamente che il messaggio dell'esperimento in corso al 'San Giuseppe' arrivasse ad un pubblico il più vasto possibile. Questo è un segno dei tempi, oltre che una conferma della formula adottata. E' anche un passo significativo in direzione di una maggiore compartecipazione. Arrivo ad ipotizzare che, in futuro, anche gli operatori laici possano diventare azionisti dell'ospedale. Questo li avvicinerrebbe ulteriormente al malato, con vantaggi per lui facilmente immaginabili<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> *Reinventare l'ospedale. Pietas e qualità: l'ospitalità religiosa oggi*, op. cit., pg. 143.

