

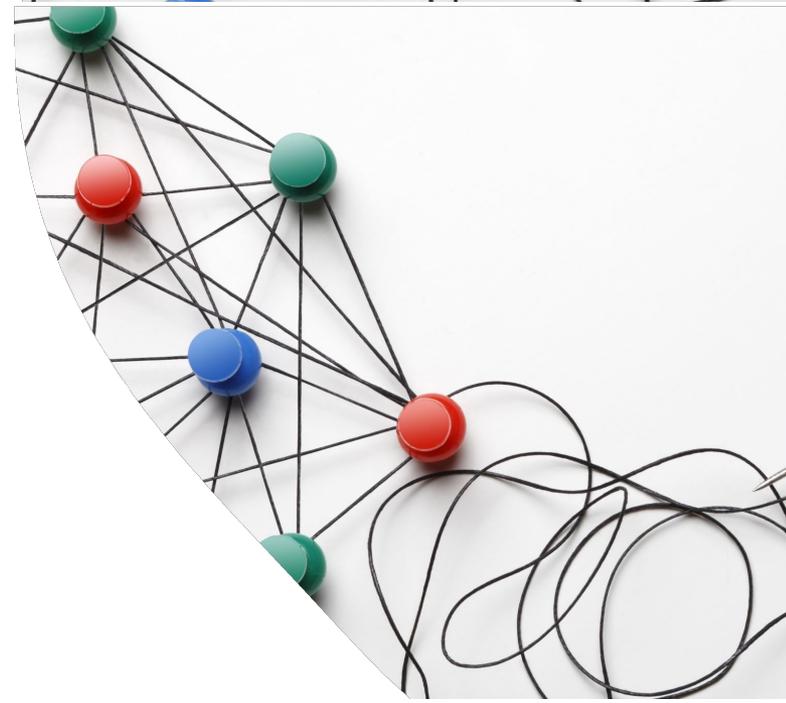
PROGETTO  
**integrazioni**

VALORIZZARE E INTEGRARE LA DIVERSITÀ  
PROFESSIONALE: PERCORSI DI  
APPRENDIMENTO ANTROPOLOGICO PER  
EQUIPE MULTIPROFESSIONALI  
SOCIOSANITARIE

**SECONDA FASE:  
IL PERCORSO FORMATIVO**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena



# BACKGROUND: UN CONTESTO PARADOSSALE

## sfida verso un cambiamento di paradigma

da un sistema di assistenza settorializzato, mirato al trattamento delle patologie, verso un sistema orientato alla salute delle persone nei loro contesti di vita, dentro le comunità e gli ambienti di vita delle persone.

attraverso lo sviluppo di organizzazioni con confini sempre più fluidi, reticolari e partecipative, basate sulla **interdisciplinarietà** (mondo dei saperi) e la **interprofessionalità** (mondo delle professioni)

## crescente crisi della sanità pubblica

un inarrestabile **depauperamento** di fondi e progressivo aumento degli **imperativi di efficienza** e produttività dominano le istituzioni sanitarie e i servizi di cura

sempre più intrecciati all'acutizzarsi di forme di **diseguaglianza** in scenari di crescente crisi del welfare ed erosione dei diritti sociali.



**sviluppo di «competenze trasversali» («sapere relazionale»)**

**«postura antropologica»**

**Incidere sulle micropratiche** dei singoli territori  
e dei piccoli gruppi di operatori

Lavorare **sul cambiamento culturale** dei singoli e delle équipes  
scommettendo sulla trasmissione di un **modello di relazione...**

# LA FORMAZIONE COME METODO

## approccio antropologico applicato ai servizi

- **olistico e polidisciplinare:** rispetto ai problemi complessi non puoi fissarti sui tuoi metodi, importante muoversi sui confini...
- **orientato ai microcontesti:** attento alla vita quotidiana delle persone/operatori, curando soprattutto i processi, le persone e le loro interazioni nei contesti di lavoro.
- **offre chiavi di lettura della pluralità/diversità culturale e professionale nelle organizzazioni** e mette in azione competenze dialogiche, di mediazione e di gestione delle asimmetrie.

## tecniche sociodrammatiche esperienziali

- **Ruolo:** conoscersi sotto altri punti di vista, esplorare le proprie difficoltà e risorse nella vita professionale, confrontarsi e accorgersi delle risonanze e delle differenze, sperimentare ruoli nuovi rispetto alle risposte standardizzate, addestrarsi al decentramento e alla riflessività sui contesti in cui lavoriamo e i loro vincoli.
- **Gruppo:** come mezzo per sviluppare risorse da attivare nel contesto professionale: il gruppo come sostegno e risonanza nel proprio lavoro e per promuovere il benessere individuale, collettivo e organizzativo.
- **Emozioni:** il cemento del gruppo sono le emozioni individuali che si condividono: nutrimento per il gruppo, rispecchiamenti, espressività, intersoggettività...

*Il percorso formativo ha coinvolto **3 gruppi multiprofessionali** dei distretti di **Mirandola, Vignola e Modena***



**La fase di formazione ha obiettivi culturali e relazionali ed è mirata allo sviluppo di nuove forme di dialogo e di integrazione multiprofessionale**

# metodo attivo-riflessivo

Ad ogni incontro la metodologia articola **tre momenti**:

uno iniziale di aggiornamento su difficoltà e vissuti professionali attuali

un momento esperienziale che utilizza tecniche attive di matrice sociodrammatica

un momento successivo di processing e riflessione, attraverso chiavi di lettura antropologiche

# metodo etnografico

Il percorso complessivo è stato accompagnato dalla presenza di una **osservatrice partecipante** che ha consentito la scrittura di un diario in itinere, ogni volta condiviso con le/i partecipanti. Gli strumenti utilizzati attingono alle **metodologie di ricerca etnografica** sul campo:

## “Osservazione partecipante”

- Frequentazione profonda del “campo”
- Strabismo metodologico e postura decentrata
- Osservazione “polifonica”: in dialogo con le voci del campo

## Diario di Campo

- Riflessività
- Processualità
- L'effetto specchio del/della ricercatore/ice

## Racconto etnografico

- Descrizione densa
- Apprendimenti e criticità
- Approfondimenti tematici/metodologici

# note dal campo

Le partecipanti sono diventate etnografe loro stesse esercitandosi a decentrare lo sguardo sul quotidiano attraverso la compilazione di un diario autoriflessivo

## Obiettivo 1: Percezioni ed emozioni

Osservare riflessivamente la propria attività quotidiana annotando alcuni momenti significativi (commozione, sorpresa, difficoltà ecc.)

## Obiettivo 2: Riflessioni

Raccontare alcune scene/episodi (es. incontro con utenza, con caregiver ecc.) avvenuti nel proprio contesto lavorativo dal punto di vista di un/una osservatore/ice esterno/a.

## Obiettivo 3: Complessità

Individuare alcune situazioni di integrazione e/o mancata integrazione multiprofessionale. Descrivere la situazione, le proprie percezioni e riflettere sui fattori critici e/o favorevoli che hanno motivato la mancata/riuscita integrazione.

Progetto Inte(g)razioni

**Note dal campo**

Obiettivo: osservare riflessivamente la propria attività quotidiana annotando alcuni momenti significativi (ad esempio, quello che mi ha commosso, mi ha fatto pensare, mi ha sorpreso, mi ha messo in difficoltà, mi ha facilitato...)

**I Settimana: lunedì 28 marzo/venerdì 1 aprile**

MOMENTO 1	PERCEZIONI
Dove (luogo)	
Cosa (attività)	
Chi (persone incontrate)	

# programma: 5 incontri

## **CONOSCERSI E RI-CONOSCERSI**

### **IDENTITÀ E DIFFERENZE**

le mappe dell'appartenenza

### **CULTURE E PROFESSIONI**

ruoli e confini professionali tra vincoli,  
gerarchie e dilemmi di sistema

### **LA RELAZIONE DI CURA**

interprofessionalità e co-costruzione  
della salute

### **CO-PROGETTAZIONE**

esercizi di collaboratività

# IDENTITÀ E DIFFERENZE

---

Conoscersi e ri-  
conoscersi  
come gruppo



# AGGIORNAMENTI

---

## identità e differenze

Momento dedicato alla discussione guidata e alla condivisione dei vissuti professionali più attuali: obiettivi correnti, cambiamenti in corso, difficoltà, ma anche riflessioni e risorse scoperte e messe in comune in itinere

# temi emersi

## IL TEMA RICORRENTE DEL «RI-CONOSCIMENTO»

- mancanza di informazioni e comunicazione tra figure professionali
- importanza di una conoscenza profonda, oltre pregiudizi ed essenzializzazioni
- il riconoscimento delle figure “di cerniera”
- raccontare e raccontarsi come forma di benessere

Es. la figura dell'assistente sociale  
e l'endemica carenza di personale

# ATTIVAZIONI

---

## identità e differenze

Momento dedicato alle interazioni attive e alle esercitazioni sociodrammatiche che coinvolgono le esperienze soggettive, interpersonali e di gruppo (sociometrie, role training, role playing, inversioni di ruolo, ecc.)

## tecniche

Per l'area tematica «Identità e differenze» sono state utilizzate prevalentemente **attività sociometriche che «fotografano» il gruppo**, invitando le/i partecipanti a identificarsi attraverso diversi parametri e diversi scenari e costituendo così delle «mappe comuni».

Nello specifico, questa tecnica viene qui utilizzata in modo variabile a seconda del gruppo, con il duplice obiettivo, da un lato di permettere a ciascun partecipante di farsi conoscere e conoscere gli altri in modo inedito e ricco; d'altro lato, di prendere consapevolezza delle multiple segmentazioni che compongono la nostra identità e le nostre differenze.

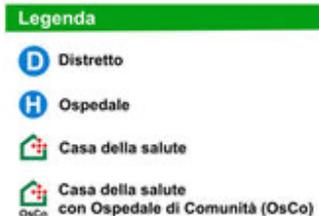
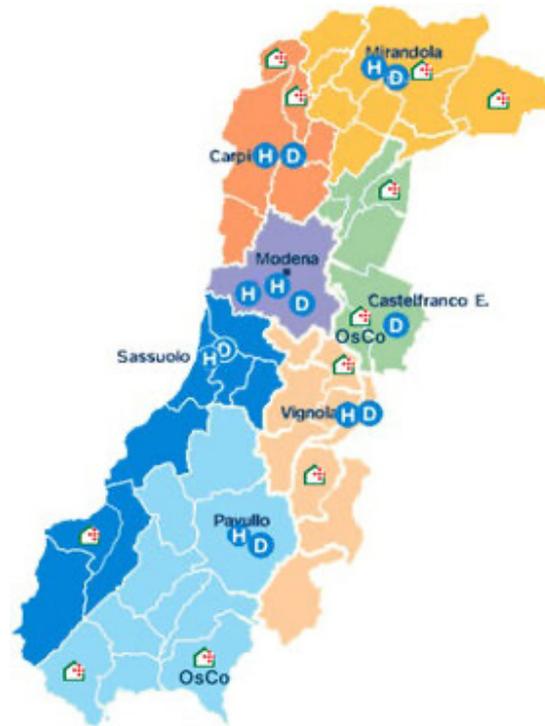
Forniamo di seguito qualche immagine per dare un'idea del lavoro svolto: ovviamente si tratta solo di stimoli che forniscono l'occasione alle/ai partecipanti di esprimere i propri significati, valori, vissuti e di interagire fra le loro (per esigenze di privacy i nomi e le professioni riportate sono inventati).

## APPARTENZE TERRITORIALI

*Dove vivo?  
Come si sta qui?  
Come ci sto io?  
Vorrei vivere altrove?  
Ecc.*

## APPARTENZE CULTURALI

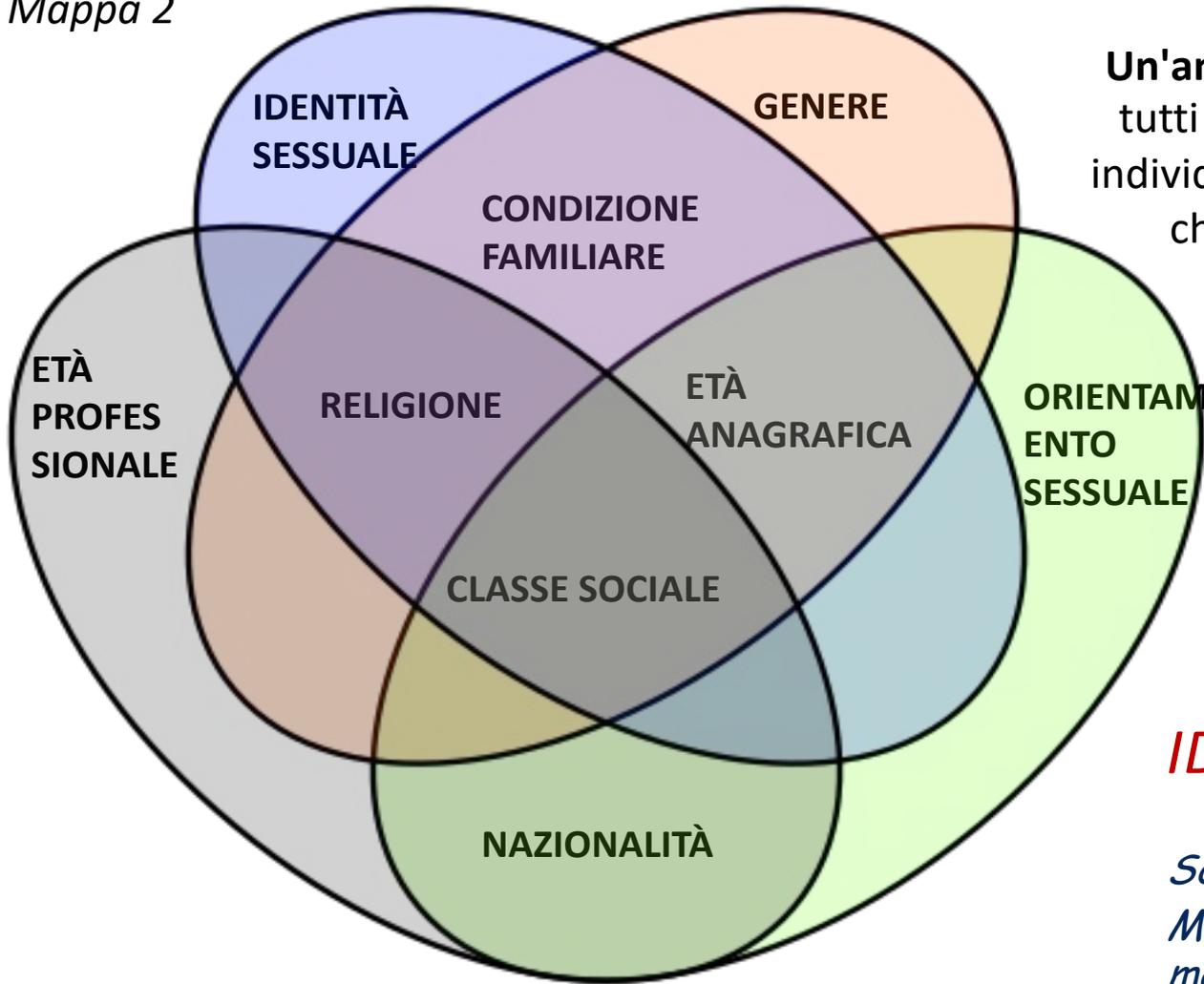
*Da dove vengo?  
Come mi definisco?  
Come mi definiscono gli altri?  
Che significato ha per me?  
Ecc.*



## APPARTENZE PROFESSIONALI

*Dove lavoro?  
Come ci sono arrivata,  
Come ci si sta,  
Come ci sto,  
Ecc.*

Mapa 2



**Un'analisi intersezionale** considera tutti i fattori che si applicano a un individuo in combinazione, piuttosto che considerare ogni fattore isolatamente

## **IDENTITÀ SOCIALI**

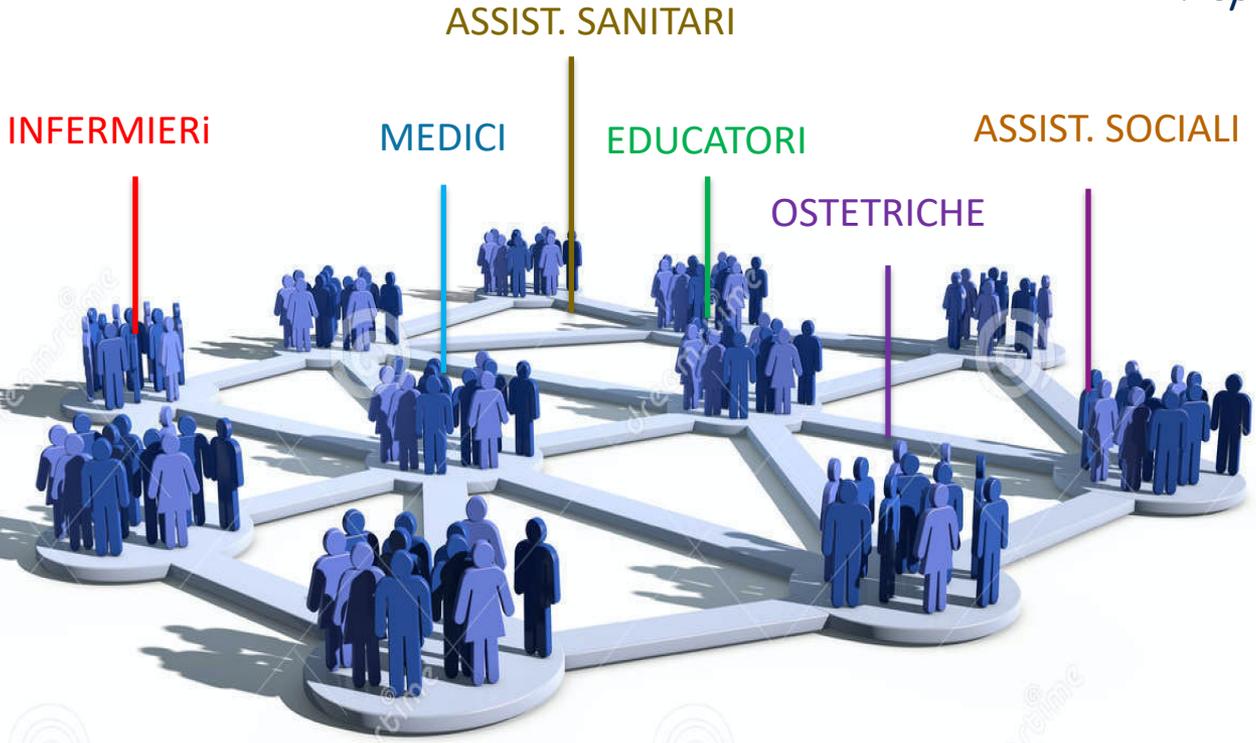
*Sono maschio o femmina?  
Mi sento più femminile/più maschile?  
Ho figli/ne vorrei?  
Sono più grande/più giovane anagraficamente o professionalmente?  
Ecc.*

# CATEGORIZZAZIONI PROFESSIONALI

*A quale ordine professionale appartengo?  
Quanto mi definisce questa appartenenza?  
Quanto mi differenzia? Ecc.*

# AREE PROFESSIONALI

*A quale area (sanitaria, sociale, sociosanitaria) e dipartimento (cure primarie, ecc.) afferisco?  
Quali sono le mission e le caratteristiche di questo?  
Quali i caratteri distintivi rispetto ad altri? Ecc.*



# AUTO IDENTIFICAZIONI

*Come mi definisco,  
Come vivo il mio lavoro?*

# RIFLESSIONI

---

## identità e differenze

Momento dedicato alla messa in comune di concetti e  
chiavi di lettura antropologiche  
per interpretare ciò che emerge dalle attivazioni

Chiavi antropologiche per leggere i contenuti emersi:

## DIFFERENZE E IDENTITÀ

### **DIFFERENZE E APPARTENENZE MULTIPLE**

la nostra identità di appartenenza si modifica a seconda dei **contesti**  
(*mappa 1: appartenenze territoriali/professionali/culturali*)

### **DIFFERENZE E IDENTITÀ SOCIALI MULTIFATTORIALI**

la nostra identità sociale si compone dell'intersezione di tanti **fattori**  
(*mappa 2: identità sociali intersezionali*)

### **DIFFERENZE E CATEGORIZZAZIONI VARIABILI**

La nostra identità professionale varia a seconda delle **categorie**  
(*mappa 3: identificazioni/categorizzazioni professionali*)

### **DIFFERENZE E IDENTIFICAZIONI (INTER)SOGGETTIVE**

quel che ci distingue e quel che ci accomuna come **soggetti**  
(*mappa 4: autoidentificazioni*)

## Un lessico in comune

### APPARTENENZE MUTEVOLI E CONFINI CONTESTUALI

**L'identità culturale** non è qualcosa di rigido e immutabile, al contrario si compone di una **intersezione di fattori e di appartenenze** (sociali, territoriali, generazionali, di genere ecc.).

Relativamente a questi segmenti i **soggetti incorporano** dalla cultura e «naturalizzano» modelli normativi espliciti (es. mansionari) e modelli di comportamento impliciti (es. stile emotivo).

**Il soggetto interpreta** questi modelli a seconda dei contesti in cui si trova.

La "**differenza**" dunque non è una qualità a sé stante ma è un correlato dell'"**identità**", i cui contorni sono definiti attraverso lo **sguardo altrui (noi-voi)** in una dialettica **tra autoidentificazione e riconoscimento** da parte degli altri

**Il dialogo multiculturale/multiprofessionale** è co-costruzione di senso tra prospettive diverse, in un dato contesto

## Una postura in comune

# DIVERSITÀ, RIFLESSIVITÀ, RELATIVISMO, INTERSOGGETTIVITÀ

**Gestione della «diversità»:** riconoscere le variabili sociali e culturali che dispongono gli individui in gruppi sociali, orientandoli verso l'una o l'altra lettura dei fatti; controllare il **rischio di essenzializzazione e categorizzazione**.

**“Riflessività”:** essere consapevoli del proprio posizionamento, caratterizzato da specifiche intenzionalità e letture dei fatti, e della sua variabilità

**“Relativismo”:** essere pronti a mettere la propria cultura in discussione e a considerarla come una fra le molte possibili

**«Intersoggettività»:** muoversi tra esperienza del sé ed esperienza dell'altro, per costruire intenzionalmente mondi condivisi

# CULTURE E PROFESSIONI



**ruoli e confini  
professionali  
tra vincoli, gerarchie  
e dilemmi di sistema**



# AGGIORNAMENTI

---

culture e professioni

## temi emersi

### **IL «DISORIENTAMENTO»**

- servizi a compartimenti stagni
- rimbalzi di responsabilità
- fluidificare i confini professionali

Es. la figura di mediazione della infermiera

# ATTIVAZIONI

---

culture e professioni

tecniche

La tecnica dell'**atomo professionale** consiste nel ricostruire e poi mettere in scena le reti della propria vita professionale, attraverso **l'inversione di ruolo**. L'atomo dinamico consente di rivivere la propria storia di formazione e vocazione; quello statico mette in scena e induce a dialogare con i personaggi significativi della rete professionale attuale

## *I nostri percorsi di formazione e acculturazione*

*...come una barca in mezzo al mare in tempesta*

L'impatto dei continui **cambiamento** nei servizi per l'infermiera,  
e il valore della agency soggettiva

*...ora ci siamo, sono una buona coordinatrice*

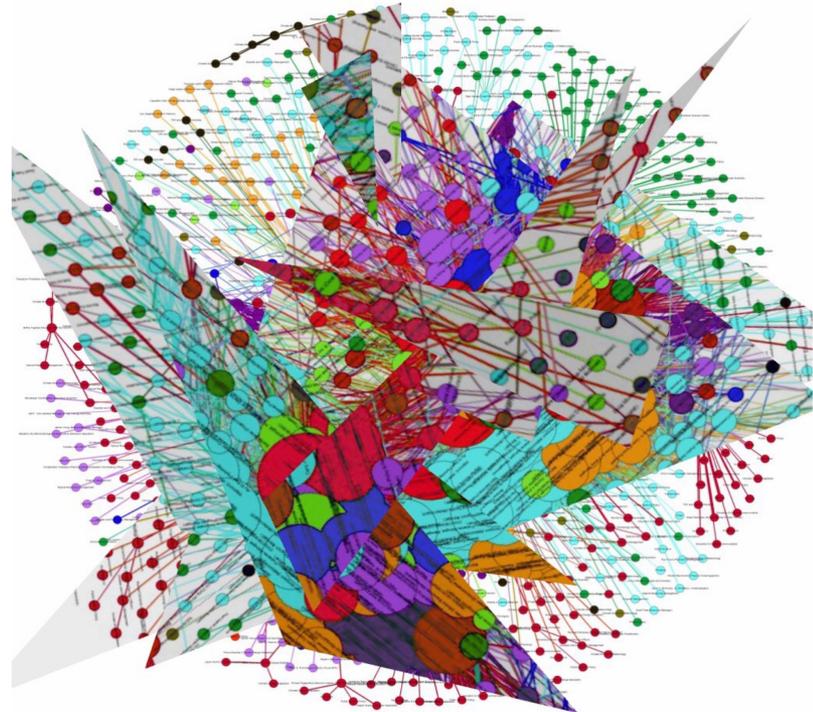
La storia culturale della ostetrica e il valore della **relazione**  
nella mission professionale

*...arrivi a un certo punto in cui non puoi più aiutare*

Il riverbero della **disumanizzazione** del lavoro sociale, dagli  
operatori agli utenti

## *La rete dei servizi: le interazioni che abbiamo*

La nostra rete sociale-professionale (network), una struttura formata da nodi (attori) e da legami che intercorrono tra di loro



# Legenda



Dirigenza



Pazienti/utenti



Colleghi



Coordinatori



**L'altrove (territorio, volontari,  
famiglia)**



Altri sanitari



Altri/assistenti sociali

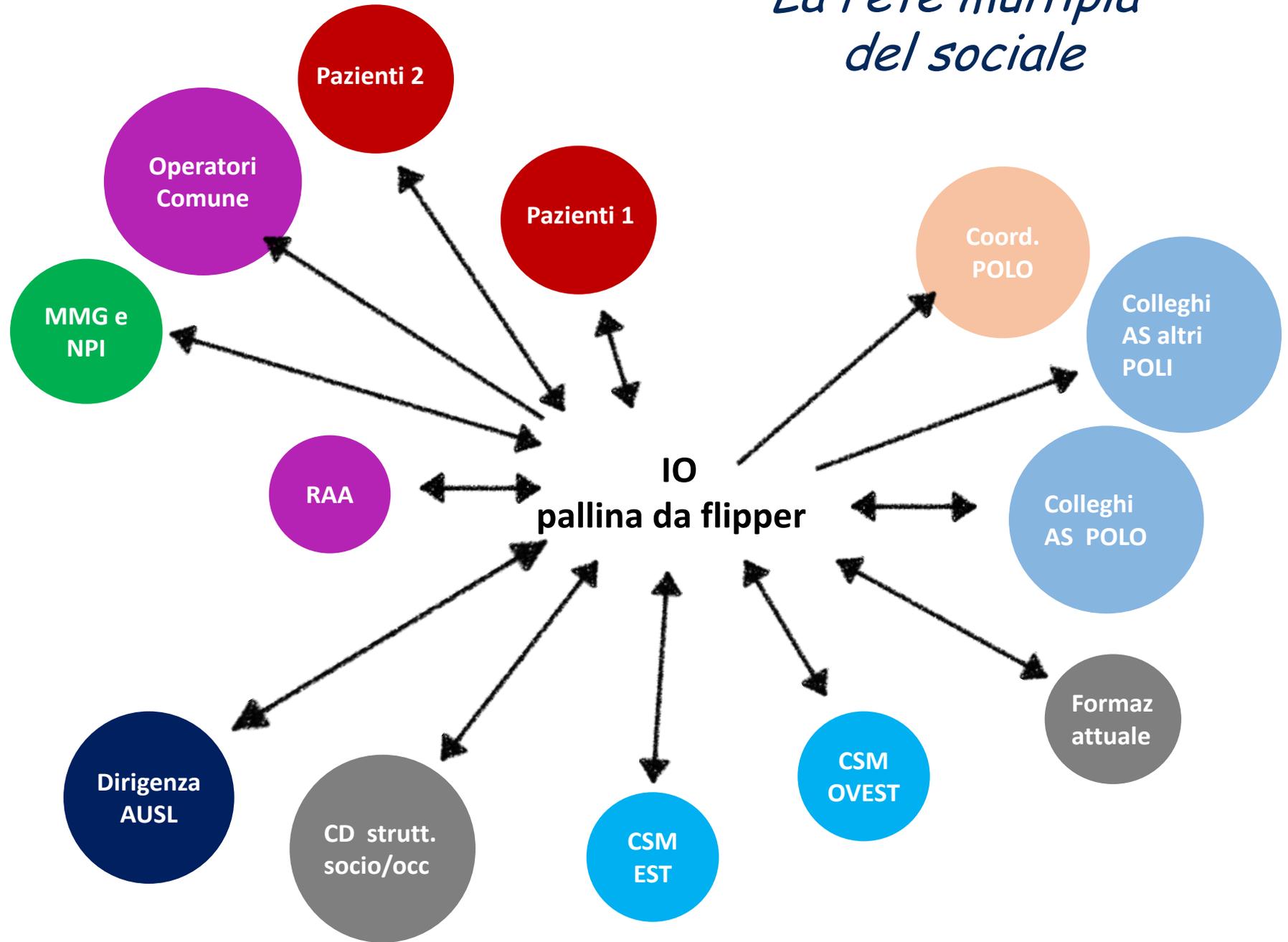


Altri/medici

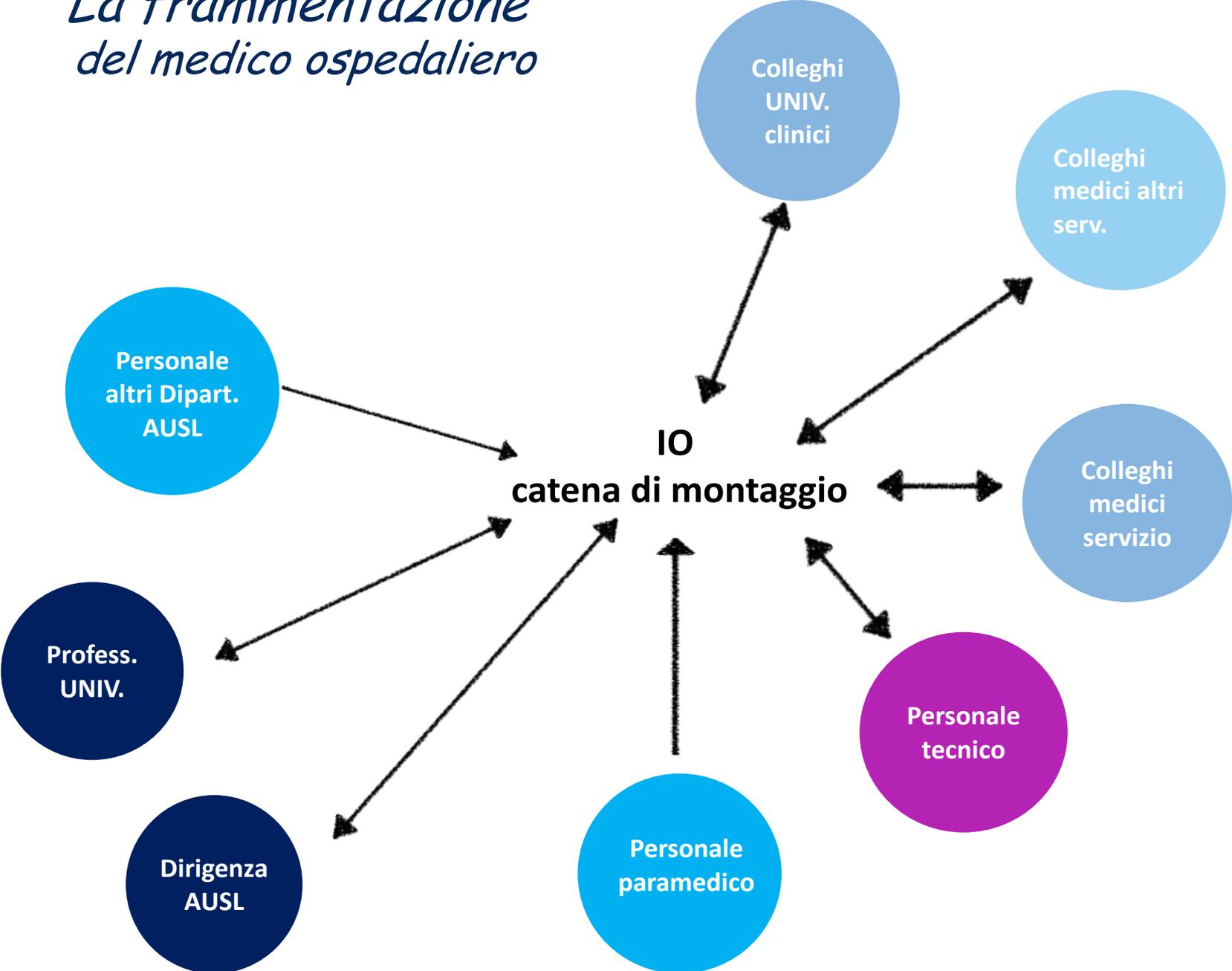


Altri servizi (sadi, csm, sert)

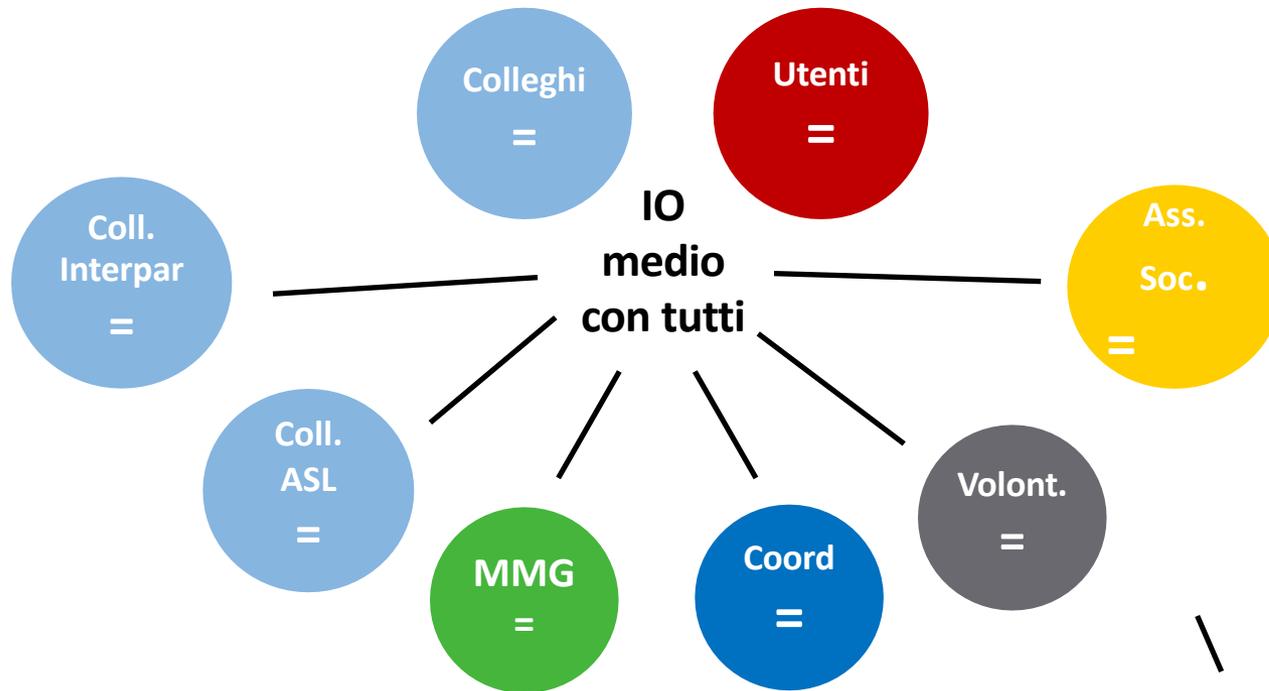
# *La rete multipla del sociale*



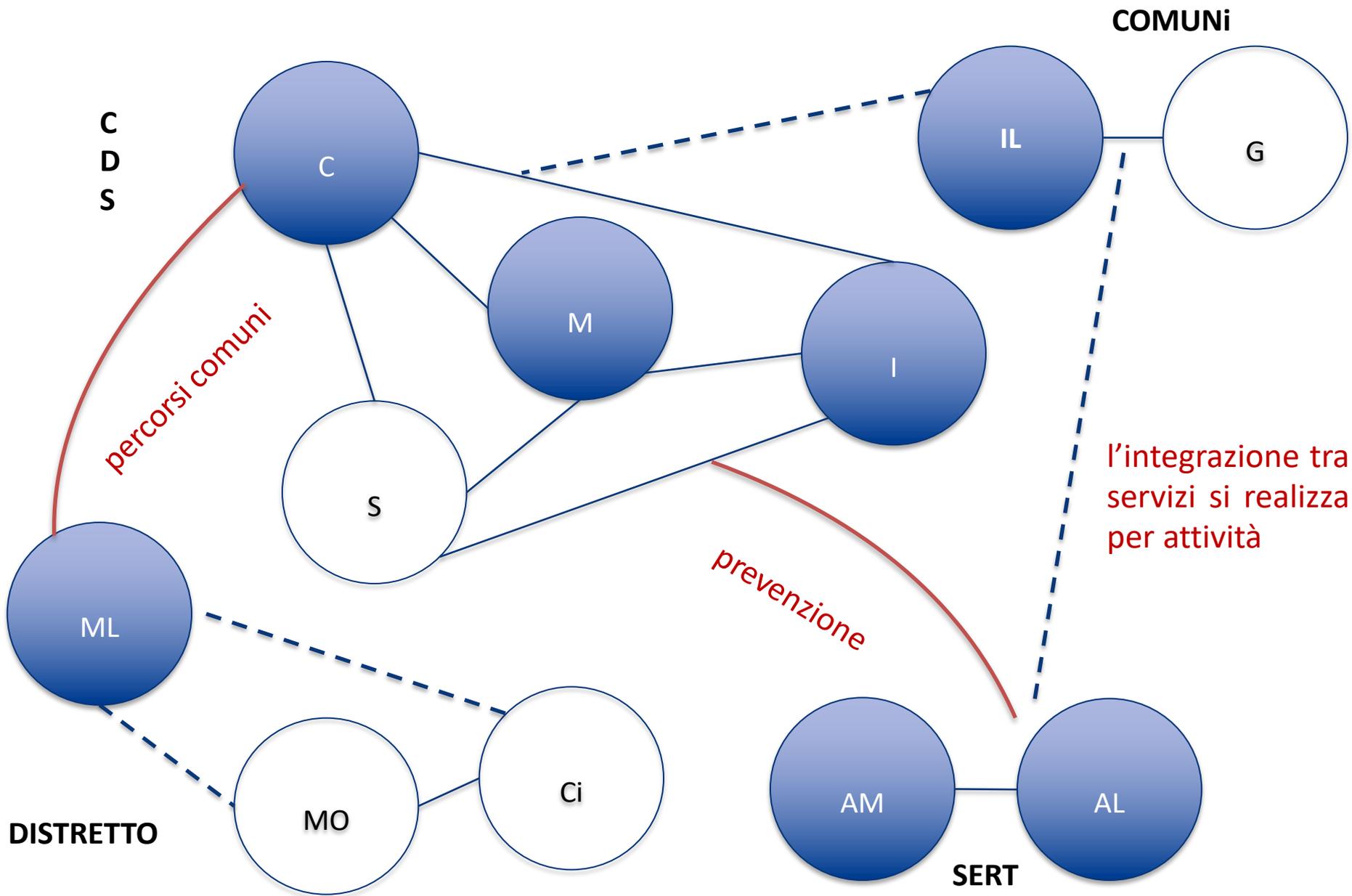
# *La frammentazione del medico ospedaliero*



*Insieme si può  
la mediazione dell'infermiera di comunità*



# La nostra rete



# RIFLESSIONI

---

culture e professioni

# Chiavi antropologiche per leggere i contenuti emersi: I RUOLI PROFESSIONALI TRA VINCOLI E DILEMMI DI SISTEMA

**COMPARTIMENTAZIONE E FRAMMENTAZIONE VERTICALE E ORIZZONTALE**  
entro e fra servizi sociali e sanitari: se la domanda ricade dentro la categoria prestabilita di un certo ambito professionale allora il paziente avrà una risposta, altrimenti...

**VIOLENZA E PARADOSSI DELLA BUROCRAZIA:** rigidità di protocolli non condivisi

**AMBIVALENZA DEL RUOLO TRA AFFETTIVITÀ E NORMATIVITÀ**

**GERARCHIE «INTERSEZIONALI»**

- gerarchie professionali (la bio-onnipotenza del medico)
- gerarchie generazionali (abbiamo sempre fatto così)
- gerarchie di potere (catene decisionali)

**TENSIONE TRA SFERA LAVORATIVA E SFERA PRIVATA:** lavoro aggiunto e solitudine

# Un lessico in comune: CULTURE PROFESSIONALI

## **HABITUS**

l'**incorporazione** di modelli, modi di fare, di pensare, di comportarsi che caratterizzano un determinato gruppo sociale (o categoria professionale),

## **ATTACCAMENTI E AUTOMATISMI**

oltre ai modelli **espliciti** di comportamento (es. il mansionario, le procedure), ci sono anche **modelli impliciti** (es. la consuetudine, l'apprendimento per imitazione ecc.) che possono essere "naturalizzati"

## **ETNOCENTRISMO («QUI DA NOI SI FA COSÌ»)**

## **ESSENZIALISMO («LORO FANNO COSÌ»)**

da cui deriva l'assumere **posizioni etnocentriche**, cioè riprodurre il modello implicito della propria organizzazione o gruppo come se fosse l'unico possibile

Una postura in comune:  
**UN LUOGO E UN TEMPO PER L'INTEGRAZIONE**

**La sospensione del giudizio** (sia nei confronti di ciò che diamo per scontato sia nei confronti degli altri e dei loro saperi)

**Cedere il passo** (essere consapevoli della propria “parzialità”)

**Consapevolezza del contesto e dei vincoli di sistema** (tra farsi giocare dal sistema e “giocare il sistema”, troviamo la possibilità di fare la differenza)

**Allargare le maglie e riconoscere spazi interstiziali** (agire in modo flessibile e creativamente)

**Promuovere spazi di riflessività comune** (costruire un luogo e dedicare un tempo per l'integrazione)

# LA RELAZIONE DI CURA



**interprofessionalità  
e co-costruzione  
della salute**



# AGGIORNAMENTI

---

la relazione di cura

## temi emersi

### **IL VALORE DEL «TEMPO RELAZIONALE»**

- visite a batteria con durata ridotta e predefinita
- saperi tecnici e relazionali
- lo tsunami della digitalizzazione

Es. il medico di medicina generale  
e il sovrannumero di assistiti

# ATTIVAZIONI

---

## la relazione di cura

### tecniche

Le attivazioni hanno proposto la **concretizzazione di storie vissute** con inversione di ruolo: storie di integrazione riuscita o non riuscita; inoltre, sono stati sperimentati alcuni **dialoghi con il paziente-risorsa**, o dialoghi con l'altro significativo: nello specifico, situazioni con pazienti in cui le operatrici hanno riconosciuto le proprie capacità e risorse.

# Esempi di concretizzazione della scena

## *Le nostre scene significative*

*tra due fuochi*



*(non) accettare il cambiamento*



*(non) alzare il telefono*



*non-integrazione*

*integrazione*

*tutti intorno al tavolo del paziente*



*disponibilità e comunicazione*

## *Incontro con il mio paziente-risorsa*

*Assomigli a Elettra Lamborghini!  
Tu non mi hai mai mollato.  
Secondo me tu mi vuoi bene.*

**amore**

*Hai saputo ascoltarmi da subito, fin da  
quando ti ho chiesto di non pesarmi.  
Così ho potuto aprirmi. Oltre ai  
protocolli hai accolto le mie esigenze.*

**flessibilità, fiducia, importanza dell'inizio**

*Grazie perchè lei è stato molto  
leale con me, adesso ho meno  
paura dei medici. Continui così!*

**lealtà; rispetto degli altri professionisti;  
confronto**

*Mi sei stata vicina e mi hai  
aiutato a vivere da sola, hai  
combattuto per me*

**protezione, maternage, mediazione**

# RIFLESSIONI

---

la relazione di cura

Chiavi antropologiche per leggere i contenuti emersi:

**LA RELAZIONE DI CURA  
e la CO-COSTRUZIONE DELLA SALUTE**

**LA SOGGETTIVITÀ DEL PROCESSO DI CURA**

la dimensione “soggettiva” entra nel processo di cura

**LA CO-COSTRUZIONE DEI BISOGNI DI SALUTE**

la rete sociale entra nella relazione di cura

**I MODELLI DI CURA PLURALISTICI**

culture di riferimento diverse ma complementari entrano nel circuito di salute

Un lessico in comune:  
**L'ANTROPOLOGIA MEDICA**

**RELAZIONE DI CURA:** co-costruire il bisogno di salute e la sua risposta tenendo conto delle relazioni intersoggettive presenti nei contesti di vita del/della paziente

**ANTI-ETNOCENTRISMO DEI CONCETTI DI SALUTE E MALATTIA:** mettere al centro la necessità di “prendere sul serio” le teorie, eziologie e pratiche terapeutiche che le altre società hanno elaborato per rapportarsi al malessere, al dolore e alla sofferenza

**RIFLESSIVITÀ CRITICA:** volgere uno sguardo riflessivo verso la biomedicina, con approccio complementarista

Una postura in comune:

## IN CHE MODO PROMUOVERE MODELLI DI CURA PLURALISTICI E BASATI SULLA COMPLEMENTARITÀ?

**PROMUOVERE IL DIRITTO AL SIGNIFICATO:** favorire la partecipazione delle persone e dei loro altri significativi nella definizione dei bisogni e del proprio migliore interesse (Ivo Quaranta)

**MULTIDISCIPLINARIETÀ:** “Per fare qualcosa di interdisciplinare, non basta scegliere un "soggetto" (un tema, un caso) e riunire attorno a sé due o tre approcci. L'interdisciplinarietà consiste nel creare un nuovo oggetto che non appartiene a nessuno” (Barthes citato da Clifford 1986).

**RETI DI AZIONI** da costruire devono essere plastiche e basate su molti poli, tenute insieme da connessioni “lasche”: nei sistemi complessi è importante imparare a vivere processi complessi e policentrici (Barbara Czarniawska)

Una frase di sintesi....

**creare uno spazio-tempo  
in cui modellare le proprie diversità  
e co-costruire linguaggi e valori condivisi,  
lavorando assieme in modo cooperativo**

# CO-PROGETTAZIONE

---

**Bisogni e aspirazioni:  
saldare mondo ideale e  
mondi reali**



## tecniche

Per il lavoro di co-progettazione sono state utilizzate **tecniche attive e lavori di gruppo con discussione guidata**.

La metodologia di base è stata strutturata su modello del **Future Lab**, una modalità di partecipazione finalizzata a far emergere una visione condivisa del futuro che possa aiutare ad orientare il gruppo verso una metà collettivamente auspicabile.

Siamo passati da un momento critico/distopico, in cui le/i partecipanti hanno condiviso una mappa delle criticità del ruolo professionale; a un momento utopico, in cui le/i partecipanti hanno cercato di immaginare un orizzonte e un futuro migliore; a un momento propositivo e di fattibilità: in quest'ultima fase le aspirazioni hanno generato proposte di miglioramento concreto.

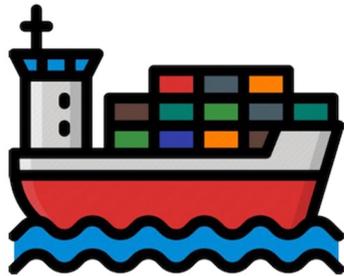
## *Che ruolo sento di assumere in un gruppo di progetto...*



*collaboriamo, forza, tutti insieme!*



*voglio spingere avanti, sono giovane e ho voglia di fare!*



*cerco la rotta ma ho bisogno degli altri per trovarla!*



*guardo avanti e indietro: per evitare intoppi ma anche per vedere che il percorso sia stato fatto bene"*



*tengo d'occhio le scorte, che non finiscano!*



*chiamatemi quando c'è bisogno!*

# MIRAGGI

Continuare il percorso con questo gruppo e fidarsi del riverbero a catena

Un percorso simile per le singole equipe

Coinvolgere altri del servizio sociale e del DSM

Espandere questo percorso in modo capillare nell'azienda

Continuare con il gruppo come supervisione di casi complessi

Più conoscenza e comunicazione nelle equipe

Coinvolgere più settori e altri amministrativi

Espandere il modello relazionale non conflittuale sperimentato nel gruppo

Follow up del percorso a lungo termine

Continuare il percorso in equipe a livello istituzionale e portarlo avanti personalmente

Coinvolgere i dirigenti

Espandere il metodo

UNA CASA  
PER  
L'INTEGRAZIONE

LA COT IDEALE

LA CDC IDEALE

# ATTERRAGGI

## 1. PROGETTO DENTRO IL GRUPPO/EQUIPE

Aggiornamento reciproco: *cos'è successo?*

Supervisione di casi con metodi attivi: *cosa stai facendo?*

Formazione sulle tecniche: *gli strumenti che ci servono*

## 2. PROGETTI SUL TERRITORIO

Metodi di co-progettazione: *cosa facciamo?*

Individuazione di tipologie di utenti: *a chi ci rivolgiamo?*

Organizzazione incontri sul territorio: *partiamo!*

## 3. TEMI DA APPROFONDIRE

Il conflitto e la comunicazione



**in conclusione...**

**l'integrazione è un metodo  
e un modello di relazione**



# Obiettivo di metodo: un modello di relazione e di comunicazione

## **DIALOGICITÀ DI GRUPPO CIRCOLARE E SIMMETRICA**

- parità e gestione delle diversità (dare spazio ai singoli punti di vista tenendo conto dei diversi posizionamenti)
- sospensione del giudizio (e della risposta)
- valore della verità soggettiva

(tecniche di sospensione della risposta, di distribuzione dei turni di parola, di equilibrio tempo singolo/tempo del gruppo, ecc.),

## **RELAZIONI INTERSOGETTIVE:**

- cura reciproca e co-responsabilità
- rispetto della persona e tutela del ruolo
- coraggio relazionale

(tecniche di inversione di ruolo, di doppio, di alternanza io-attore/io-spettatore, ecc.)

## **SETTING INFORMALI E ESPRESSIVI**

- fattore S/C: spontaneità e creatività

(tecniche di gioco e drammatizzazione, alta ritualità, ecc.)

## Obiettivo operativo: integrazione



Le capacità relazionali si allenano attraverso un metodo e la capacità di costruire setting di comunicazione di gruppo adeguati. Questi elementi sono **la condizione** per raggiungere un obiettivo operativo di integrazione:

### COORDINAMENTO/ALLINEAMENTO DI INTERESSI E AZIONI

«La buona relazione/comunicazione porta il gruppo alla concentrazione congiunta su elementi rilevanti del fine comune (dimensione operativa), pur mantenendo ognuno la propria prospettiva personale.

Nell'azione collaborativa i partecipanti coordinano i loro ruoli, con le specifiche caratteristiche e i rispettivi piani operativi, in modo che ciascun individuo comprenda il ruolo degli altri e si comporti di conseguenza  
(*Metodi collaborativi. Strumenti per il lavoro sociale di comunità*,  
A cura di E. Ripamonti e D. Boniforti, Animazione sociale, p.55)

cura di sé  
cura degli altri  
cura del mondo...

## RI-CONOSCERE I CURANTI



**«La cura è il concetto e la pratica più radicale  
che abbiamo oggi a disposizione»**

**(Naomi Klein)**