

1. Servizi psichiatrici territoriali: qualcosa di più della discussione del caso clinico nella supervisione di gruppo?

di Claudio Neri

1. La supervisione condotta sul “caso clinico”

Nel mio lavoro di “supervisore” in diversi Servizi di Salute Mentale ho adottato per molti anni un modello di intervento che prevedeva come momento iniziale di ogni riunione la presentazione di un “caso clinico” da parte di uno o più operatori del Servizio.

Un operatore si espone, di fronte al “supervisore” e al gruppo dei colleghi. Porta un frammento del suo lavoro e contemporaneamente presenta un’immagine di se stesso come professionista, mette in discussione una parte significativa dei suoi sentimenti ed aspirazioni. Esponendosi, egli compie un gesto di coraggio, che può aiutare gli altri a pensare e sentire maggiormente con la propria testa.

Nel corso della discussione vi è un approfondimento sulle modalità tecniche di conduzione del “caso clinico”. Quando le cose vanno bene, però, la presentazione del caso clinico permette di parlare non tanto e non soltanto del “caso clinico”, ma anche e soprattutto del “gruppo di lavoro/équipe” alle prese con il caso clinico (De Sanctis, 2012).

La presentazione del “caso” e la sua discussione comunque portano sempre anche a una sorta di spiazzamento, sia di chi ha presentato il “materiale clinico”, sia degli altri operatori.

Dopo una serie prolungata di supervisioni condotte in questo modo, frequentemente i membri dell’équipe – dietro una facciata di soddisfazione – si sentono stanchi e rimangono insoddisfatti dell’esperienza. Questa insoddisfazione dipende da una complessa serie di fattori, tra i quali rientrano le condizioni emotive del gruppo al momento della supervisione.

Una parte di questa insoddisfazione dipende però anche dal fatto che dopo ogni supervisione, rimane sempre un piccolo scandalo. Questo scandalo (l’esposizione pubblica, i commenti, le critiche, il mostrarsi di chi presenta il “caso” e il mostrarsi di chi lo discute) corrisponde all’essere

usciti (almeno momentaneamente) dal guscio del conformismo del gruppo-équipe e della sua routine.

Ogni operatore – nel corso del tempo – ha trovato un proprio particolare mix tra individualità e appartenenza al “gruppo-équipe” che corrisponde ad un suo modo di coniugare l’affermazione delle sue identità e soggettività professionali con l’appartenenza (molto stretta) al gruppo di lavoro. Il particolare “modo” che ognuno ha trovato, solitamente rimane confinato e protetto nell’ambito della sfera privata e del non-detto. Tutt’al più, questo “modo” viene confidato e condiviso con una ristretta cerchia di fidati amici-colleghi. La presentazione del caso clinico, improvvisamente, lo rende pubblico. Da ciò può derivare l’emergenza di eventuali difficoltà legate a un ventaglio di elementi: tratti di personalità dell’operatore, impatto emotivo del materiale clinico, qualità e tono con i quali il “supervisore” presenta le sue osservazioni, reattività del “gruppo-équipe” (Neri, 2012; De Sanctis, 2012).

La supervisione condotta sul “caso clinico” dunque è opportunità di aprirsi, ma anche fatica dello stare insieme e dell’esporsi allo sguardo-giudizio degli altri, scandalo e possibilità di maggiore vicinanza.

2. La supervisione sul “testo mirato”

Nel corso degli anni mi sono reso conto che l’effetto di apertura prodotto dallo scandalo della presentazione del “caso clinico” era spesso minore rispetto ai danni che produceva nel tessuto dei rapporti tra i membri del gruppo-équipe. Sono andato quindi maturando una svolta. Il nuovo modello di “supervisione” che ho messo a punto toglie centralità alla presentazione del “caso clinico”, al cui posto figura invece la preparazione e presentazione di un brevissimo “testo mirato”.

Il “testo mirato”, oltre a fornire suggerimenti e riflessioni sull’équipe e su possibili modalità di intervento clinico con i pazienti, svolge la funzione di “oggetto intermediario”. Vale a dire è un “oggetto materiale” che facilita e sostiene la comunicazione tra i membri del gruppo, ponendosi in qualche modo tra il conduttore e gli altri partecipanti (Vacheret, 2002; Zurlo, 2005).

Proponendo un “testo mirato” presento un tema su cui lavorare insieme, una sorta di “compito”. Propongo anche però di co-costruire un’area di appartenenza emotiva e di esplorazione conoscitiva condivisa. Il “testo mirato” è dunque una trama su cui depositare l’esperienza emotiva del gruppo-équipe. Io come “supervisore” e come persona esterna al servizio, mi faccio carico di raccogliere i fili dell’esperienza condivisa nella supervisione precedente e porto una trama su cui si potranno tessere un nuovo ordito e altri disegni.

Per illustrare il mio attuale modo di lavorare, presenterò il resoconto di un'esperienza con gli operatori di un Centro Diurno e di una Struttura Terapeutico-riabilitativa di Roma (il Centro Diurno e la Struttura Terapeutico-riabilitativa sono due unità distinte dal punto di vista operativo e amministrativo; sono però prossime perché occupano aree diverse ma perimetralmente comunicanti di un stesso edificio).

3. Un'esperienza sul campo. Il lavoro al Centro Diurno Riabilitativo

La presa di contatto

A novembre di quest'anno un collega mi ha telefonato chiedendo una supervisione presso le unità del Centro Diurno e della Struttura Terapeutico-riabilitativa. Un loro paziente si era suicidato in modo drammatico. La maggioranza degli operatori pensava di avere bisogno di un aiuto da parte di un "esperto" che fosse esterno ai servizi. Chiesi se era urgente. Alla risposta affermativa, mi resi disponibile per incontrare il collega e alcuni altri operatori nel corso della settimana.

All'incontro presero parte otto colleghi. Mi riferirono i dati essenziali relativi al paziente e al suicidio. Mi dissero anche che l'iniziativa di chiedere una "supervisione" non era venuta dai "responsabili", ma dalla "base". Gli operatori dei due servizi avevano anche raccolto una somma per pagare l'intervento.

Rimasi colpito dal loro intenso e vibrante vissuto riguardo al suicidio del paziente. Mi sorprese il fatto che trentacinque operatori (tutti salvo due) avessero creato un fondo con denari tratti dai loro stipendi per finanziare il progetto.

Risposi dicendo che ero disponibile. Chiarii che dovevamo prevedere, non una, ma una piccola serie di riunioni. Tuttavia, prima ancora di pensare a iniziare, era indispensabile che i due "responsabili" delle strutture mi facessero pervenire una lettera con un invito formale.

Passarono alcuni giorni. Aspettavo la lettera. Oscillavo tra il desiderio di aiutare i colleghi e il timore di assumere un compito molto impegnativo ed emotivamente coinvolgente. La lettera dei "responsabili" delle due strutture arrivò qualche giorno dopo. L'invito era formulato nei termini più cordiali e conteneva parole di apprezzamento e stima nei miei riguardi che mi fecero grandissimo piacere.

Fissammo la data del primo incontro presso la loro sede. Io iniziai a pensare a come prepararmi, a che linea seguire. Alla fine, decisi che semplicemente sarei andato e avrei ascoltato con attenzione che cosa avevano da dire.

La stanza riunione – che durante il giorno è usata anche per diverse attività con i pazienti del Centro Diurno – è quasi completamente piena. Invito i colleghi a formare un cerchio. Mi siedo anche io, prendendo una posizione dalla quale posso essere visto ed ascoltato più facilmente da tutti. La posizione che scelgo non è vicina a quelle dei due responsabili delle strutture.

Apro la riunione dicendo alcune parole di ringraziamento per la prova di stima che mi è stata data; indico la durata dell'incontro (due ore, due ore e mezza); riferisco di avere già incontrato alcuni operatori e racconto a grandi linee che cosa ci siamo detti.

Cito poi i dati di una ricerca realizzata negli Stati Uniti. Questa citazione fatta a voce ha la stessa funzione dei "testi mirati" che presenterò nelle riunioni successive.

Negli Stati Uniti i ricercatori avevano selezionato un'ampia "popolazione" di persone potenzialmente a rischio di suicidio. Queste erano state chiamate per una serie di colloqui e i ricercatori avevano filmato gli incontri tra loro e lo psichiatra o lo psicoterapeuta. I ricercatori avevano poi suddiviso i filmati in micro-sequenze, cercando di individuare l'eventuale presenza di segni predittivi del suicidio. Nelle sequenze relative ai pazienti, non avevano rintracciato segni predittivi affidabili. Questi segni invece erano stati individuati nella parte del filmato che mostrava lo psichiatra o lo psicoterapeuta. Evidentemente questi avevano percepito qualcosa di importante nel comportamento o in ciò che il paziente stava dicendo. Poi, però, ciò che avevano intuito non era arrivato alla consapevolezza. Intendo dire che era stato rimosso e cancellato.

Termino questa breve introduzione, che propone – in forma implicita – due suggerimenti: a) indirizzare l'interesse sul vissuto e le percezioni degli operatori, piuttosto che sulla figura del paziente; b) tenere presente che gli operatori hanno competenze sufficienti per capire e intervenire precocemente nei casi di possibile suicidio, ma che queste competenze possono essere bloccate e messe in uno stato potenziale. Invito poi le persone presenti a prendere la parola.

Questo fronte compatto, però, si è spezzato quando è passata circa un'ora dall'inizio della riunione. Il responsabile di una delle due strutture ha detto coraggiosamente: «Io, Gianni non lo potevo vedere: era violento, arrogante, prevaricatore».

Durante tutto questo tempo, io ho parlato molto poco. Ho invitato qualcuno a chiarire meglio quello che voleva dire. Ho domandato come si chiamava la persona di cui si stava parlando, chi era e quale era il suo ruolo. Sostanzialmente, sono stato presente e ho ascoltato.

Quando mancava mezz'ora al tempo massimo stabilito per la conclusione della riunione, il discorso si è fatto più riflessivo. Gli operatori si domandavano perché non avevano saputo agire in tempo. Che cosa non aveva funzionato?

Ho sollecitato tutte le persone che non avevano ancora parlato ad offrire un contributo. Tutti quelli che erano rimasti silenziosi sino a quel momento, uno per uno, a turno, sono intervenuti.

Nella mia mente è rimasto soprattutto ciò che ha detto un giovane infermiere: «Noi siamo sotto shock, non soltanto per quello che è successo, ma anche per un altro motivo che ci riguarda come équipe. Nel corso degli anni, noi abbiamo costruito e messo in opera un sistema collettivo di segnalazione di possibili eventi catastrofici. Lo immagino come una rete radar capace di allertare rispetto all'avvicinarsi di *Intruders*. Questa volta però la velocità degli avvenimenti, la loro concatenazione o qualche altra causa hanno fatto sì che l'allerta e le contromisure non siano entrate in azione. Quindi, noi siamo sotto shock non solo per la morte di Gianni, ma anche perché non sappiamo più se possiamo fidarci di noi stessi e del sistema radar che avevamo messo in piedi».

Tra il primo e il secondo incontro

Riflettendo su ciò che era stato detto e su quello che avevo personalmente provato nel corso della riunione, mi sembrò chiaro che i membri delle due équipes erano gravati da un grandissimo senso di colpa. Era un senso di colpa che realisticamente non trovava corrispondenza nel modo in cui avevano cercato di fare fronte agli accadimenti. Tutti gli operatori, infatti, avevano agito con capacità e dedizione, anche se con esito negativo.

Nell'équipe, oltre che senso di colpa, vi erano confusione, dispersione e frammentazione che potevano dipendere dal fatto che l'evento traumatico (il suicidio di Gianni) aveva lacerato la rete di rapporti formali e informali esistente tra i membri dell'équipe. Era anche possibile che un'eccessiva sicurezza (una quota di onnipotenza, rivelata dall'immagine della rete di radar capaci di controllare perfettamente lo spazio aereo) si fosse ribaltata in un senso di incertezza e confusione relativa alle condizioni di funzionamento complessivo dell'équipe.

Il terzo dato su cui mi trovai a ragionare era la drammaticità con cui la maggioranza degli operatori aveva vissuto e continuava a vivere gli accadimenti. Questa drammaticità, anche se comprensibile (si trattava del primo suicidio che si era verificato nella comunità in quindici anni di attività), era

però eccessiva e tale da ostacolare una piena ripresa del funzionamento come gruppo operativo.

Mi domandavo: “Perché ci si sente in colpa?”, “Quali strade si possono percorrere per superare la colpa?”, “Come si può aiutare una persona o un gruppo oberato dalla colpa?”.

Per circa dieci giorni queste domande continuarono a girarmi per la testa. Poi, improvvisamente capii, non le cause del senso di colpa, ma che cosa era comunque ragionevole fare. Un'altra riunione di *debriefing* non ci avrebbe alleggeriti, ma affossati. La colpa è uno dei grandi e irrisolvibili problemi umani. La scelta migliore era provare a tornare (anche psicologicamente) al lavoro.

Per fare questo era indispensabile togliere centralità al tema della colpa. Si doveva inoltre porre rimedio all'altro fenomeno negativo che avevo notato: la presenza di confusione, frammentazione, disconnessione della rete di rapporti formali e informali. Per raggiungere questo obiettivo, era utile che gli operatori potessero vedere se stessi “come un tutto”, come un insieme operativo.

Preparai un “testo mirato” di quattro cartelle sul concetto di campo, inteso come una totalità dinamica capace di produrre un senso di coesione che si manifesta con l'emergere del sentimento del “noi”. Il testo accennava anche al legame di interdipendenza: gli elementi del campo non sono simili tra loro, ma una volta che si è stabilito un legame di interdipendenza, questo è più molto forte, anche più forte di un legame basato sulla parentela o sulla somiglianza.

Il testo che preparai era ricco di immagini, in modo che l'idea centrale potesse essere colta a più livelli: da quello teorico a quello evocativo.

Mandai il file per e-mail; chiesi che fosse stampato, fotocopiato e distribuito. Telefonai qualche giorno dopo per assicurarmi che la e-mail fosse arrivata e che tutti gli operatori avessero ricevuto il testo.

Secondo incontro: “Vedere i due servizi come un insieme”

La sala è piena. Tutti avevano letto il testo e molti lo avevano portato con loro. Dissi che comunque lo avrei letto di nuovo a voce alta e che la lettura avrebbe preso circa dieci minuti.

Subito dopo la lettura, partirono gli interventi. Alcuni erano richieste di spiegazioni alle quali risposi fornendo brevissimi chiarimenti. Altre volte risposi chiedendo alla persona che mi rivolgeva la domanda che cosa avesse capito, che idea si fosse fatta del testo. In molti casi, poi, intervennero altre persone apportando loro immagini e pensieri e rispondendo in tal modo alle richieste di spiegazioni dei colleghi.

Ebbi subito la sensazione che i presenti fossero contenti di stare insieme e occuparsi di un “oggetto teorico” (il concetto di campo) che però li riguardava direttamente. Vi era una diffusa sensazione di sollievo, come quella che può provare qualcuno che riprende a respirare più liberamente, dopo un periodo in cui è stato oppresso da una malattia o da un’afa quasi insopportabile. Mi tornò alla mente una frase di Francesco Corrao: «Il pensiero scioglie le emozioni troppo addensate».

Feci anche parecchie domande ad uno o all’altro degli operatori: “Lei (oppure tu) di quale delle due strutture fai parte?”, “Con chi sei più in rapporto nel lavoro?”, “Se dovessi immaginare la tua posizione rispetto al campo dell’*équipe* come ti viene di pensarla?”.

Via via andammo disegnando una mappa su un grande foglio di carta che era stato appeso vicino a una delle porte della sala. Vi erano segnate le diverse popolazioni di operatori e di pazienti (“preoccupati”, “amichevoli”, “collaborativi”, “sempre scontenti”, ecc.); i confini, le barriere tra le varie popolazioni potevano essere più o meno permeabili. Una barriera/confine permeabile era raffigurata con una linea tratteggiata, una barriera impermeabile con una linea continua o anche con una doppia linea continua. Nel complesso, era una sorta di raffigurazione disegnata del “campo”.

Come già era avvenuto per la prima riunione, il giro di parola delle persone che erano rimaste silenziose, apportò utili indicazioni. Qualcuno mi chiese: «E i morti, non soltanto i suicidi, anche quelli che sono morti di morte naturale, dove li mettiamo?» Mi alzai e segnai sulla mappa una zona in alto, vicina a quella dei “pazienti presenti ma inaccessibili”. Tracciai una freccia a doppia direzione che collegava questa zona con un’altra segnata in precedenza, sul lato destro della mappa: “spirituali, intuitivi”. Poi scrissi accanto alla nuova zona che avevo disegnato la parola “Cimitero”.

Mentre mi andavo a sedere ebbi per la prima volta la piena comprensione di un pensiero ovvio: “I cimiteri non servono per i morti, ma per i vivi. Servono perché i vivi abbiano un luogo preciso e ben determinato dove collocare mentalmente i morti, in modo che non interferiscano con tutte le funzioni che i vivi debbono svolgere per mandare avanti la vita”.

Alla fine, uscimmo dalla riunione con la sensazione che di aver capito qualche cosa di importante rispetto al funzionamento delle due *équipe*. La sensazione era comune, però quello che avevo capito io e quello che avevano capito le altre persone che avevano partecipato alla riunione non coincideva. Io mi ero chiarito le idee sul fatto che si trattava di due strutture operative indipendenti e con un livello di integrazione che sino a quel momento era stato abbastanza scarso. Parecchie tra le persone presenti mi dissero, al contrario, di avere potuto riconoscere che le due strutture appartenevano a un unico campo dinamico. Conclusi – tra me e me – che

queste due comprensioni potevano corrispondere a facce di una stessa medaglia.

Tra il secondo e il terzo incontro

L'andamento del secondo incontro mi aveva dato l'impressione che tutto stesse procedendo più rapidamente di quanto avessi immaginato. Pensai che probabilmente il tempo era maturo per portare l'attenzione dei membri dell'équipe sul lavoro clinico e parlare degli strumenti di intervento che avevamo a disposizione.

Preparai un "testo mirato" intitolato "Punto nave". Lo scritto conteneva una presentazione del concetto di "scena modello", che veniva messo in rapporto con l'idea di "area traumatica". La parte più interessante era la trascrizione di ciò che aveva detto Marina, un'infermiera di un altro servizio, nel corso di un precedente ciclo di "supervisioni".

Terzo incontro: "Forze mortifere e forze vitali in azione"

La parte dello scritto che suscitò il maggiore interesse – come ho anticipato – fu quella che riportava l'intervento di Marina. Marina aveva detto: «Intorno al paziente vi è uno spazio di umanità, sino a dove puoi andare; poi vi è uno spazio delimitato, dove non puoi andare. Lasciare i pazienti dentro l'area delimitata significa lasciarli a loro stessi. Tu – a volte – entri in questa zona, quella che è oltre l'area delimitata; ed è una zona in cui senti di non avere i mezzi per fare qualcosa. Più spesso però i pazienti cercano di difendersi e tu stesso non entri perché non sai se hai i mezzi... perché hai paura di fare danni. Però vi è contemporaneamente anche un'attesa da parte loro che tu entri. I pazienti sono rassegnati. Loro si aspettano che tu dia loro una chiave magica (la chiave magica che li farà uscire dall'area delimitata) e quando tu non la dai loro, sono ancora più rassegnati. I pazienti ascoltano quello che tu dici: la madre, il padre, ecc. Ascoltano, ma è ripetitivo e lo avvertono inutile. Anche la scena modello può diventare l'ennesimo "giardinetto-descrizione" che il paziente avverte inutile. Se non scatta un *click* si vede delusione sul volto dei pazienti. È come se i pazienti pensassero (anche se non ce lo dicono): "È sempre la stessa pappa, ma io intanto continuo a stare così. Non cambia niente!"».

Alla lettura del testo seguirono molti interventi. Il discorso si centrò soprattutto sul fatto che il problema non era tanto quello di entrare nello "spazio delimitato", ma quello di rimanervi e fare qualcosa di costruttivo. Furo-

no presentati anche alcuni brevi resoconti clinici relativi a momenti nei quali si era aperto un varco che aveva permesso all'operatore di stabilire un contatto autentico con il paziente.

4. Le opinioni dei partecipanti

Per non rendere troppo lungo il resoconto, non parlerò degli ultimi due incontri di "supervisione" al Centro Diurno Riabilitativo. Riporterò invece le opinioni dei partecipanti sull'insieme dell'intervento.

Numerosi operatori mi hanno detto che per loro era stata una piacevole sorpresa incontrare qualcuno che li ascoltasse invece di parlare e spiegare. Parecchi hanno aggiunto che era stato anche un sollievo ricevere testi che non erano scritti in un linguaggio arido, ma erano invece ricchi di immagini e racconti. Questo aveva permesso alla loro mente di spaziare, associare e pensare.

È stata anche molto apprezzata la "democrazia" della conduzione delle "supervisioni". Tutti senza eccezione potevano/dovevano prendere la parola nel corso della riunione. Un uguale valore inoltre veniva attribuito – da me e poi da tutti i presenti – a quello che veniva detto da uno dei due responsabili, da uno psichiatra, oppure da un infermiere o da un tirocinante.

Molti operatori mi hanno confidato che si erano sentiti protetti dalla mia presenza e più in generale dalle "supervisioni". Ho pensato che questo sentimento fosse effetto di due modalità secondo le quali avevo operato. La prima corrispondeva al fatto che una persona esterna ai servizi e "autorevole" non li aveva mai colpevolizzati o fatti sentire incapaci, ma anzi li aveva apprezzati e aveva valorizzato il loro lavoro. La seconda coincideva con il fatto che avevo assunto, dal punto di vista affettivo e anche professionale, tutti i rischi relativi al tentativo/progetto di disincagliare la "barca-équipe" che era insabbiata in un banco di depressione, colpa e confusione.

L'ultimo commento è stato a proposito del team building. Gli operatori mi hanno detto che gli incontri di supervisione avevano fornito loro l'opportunità di conoscersi meglio anche sotto il profilo personale. Questo, a sua volta, aveva permesso di sentirsi più sicuri sul lavoro. Qualcuno, che era conosciuto, fidato e capace, lavorava al loro fianco.

5. Due modelli di conduzione della supervisione

Tornerò adesso a parlare – più in generale – della supervisione di gruppo nei Servizi di Salute Mentale. A mio avviso, questo tipo di supervisione, ha due ordini di finalità.

Il primo può essere riassunto nell'idea che la supervisione è finalizzata a migliorare le capacità tecniche di intervento degli operatori soprattutto rispetto ai "pazienti gravi" e ai "pazienti del servizio": i pazienti che mobilitano intensamente e per un lungo periodo l'attenzione dell'intera équipe (Tirabasso, 2012).

Il secondo ordine di finalità riguarda il funzionamento dell'équipe. Si tratta di promuovere una positiva evoluzione della "cultura del servizio"; superare eventuali conflittualità interne; favorire l'affiatamento delle persone che fanno parte del gruppo dei curanti; convogliare le energie verso il progetto comune; sviluppare la capacità autoriflessiva degli operatori rispetto al funzionamento dell'équipe come insieme (Barnà e Corlito, 2011). L'attenzione alla cultura del servizio ed al funzionamento complessivo dell'équipe è importante perché la cura dei "pazienti gravi" nei servizi pubblici può essere attribuita, più che al singolo "operatore referente", ad una funzione del gruppo di lavoro-équipe, il che comporta una costante manutenzione anche della sua dimensione affettiva ed emotiva (De Sanctis, 2012).

La necessità di far conoscere meglio tra di loro i membri di un servizio e anche quelli che appartengono a servizi diversi è un problema di fondamentale importanza, che in genere è tragicamente trascurato. Viceversa, rendersi conto della necessità di sviluppare, non un'unica "cultura del servizio", ma un "denominatore comune" (magari dotato di tante sfaccettature), che possa essere un riferimento sia dentro un servizio, sia nel rapporto tra servizi diversi che dovrebbero collaborare, è una delle esigenze più importanti e attuali (Guimón, 2008; Narracci, 2012).

Il modello di intervento che ho adottato e che prevedeva l'avvio delle riunioni con la lettura di un breve "testo mirato", è risultato efficace per quanto riguarda il raggiungimento di un migliore funzionamento dell'équipe.

Non posso invece affermare con certezza che la "supervisione" abbia portato a un consistente miglioramento della qualità tecnica degli interventi degli operatori con i pazienti gravi.

Gianni era certamente un paziente grave. Il problema relativo a come è stato condotto il suo trattamento e alle ragioni per cui era fallito, è stato affrontato attraverso ciò che gli operatori stessi dicevano, riflettendo con me su ciò che era successo. La presentazione di questi testi ha stimolato gli operatori a comunicare episodi e problemi relativi ad altri pazienti.

È possibile che una "supervisione" condotta secondo il metodo classico (presentazione di casi clinici) possa risultare più efficace per lo sviluppo delle capacità di intervento tecnico dei membri dell'équipe. Questo modello di supervisione, però, presenta alcuni inconvenienti di una certa consistenza. Mi riferisco, prima di tutto, al fatto che l'attenzione del gruppo degli

operatori si concentra troppo sulla persona o sulla mini-équipe che espone il materiale clinico. La persona o la mini-équipe, inoltre, a volte sono fatti oggetto di critiche da parte dei colleghi. Tanto la sovraesposizione quanto le critiche – alla lunga – provocano disagio e suscitano rivalità e sotterranei conflitti tra chi presenta il “materiale” e gli altri membri dell’équipe.

Un secondo inconveniente è rappresentato dal fatto che il supervisore, parlando del “caso clinico”, possa talora fornire indicazioni divergenti rispetto a quelle dei responsabili del servizio. Indicazioni che a volte risultano di difficile applicazione nella concreta realtà del lavoro. Ciò porta o ad una contrapposizione tra supervisore e operatori o, più spesso, a una collusione tra supervisore e “responsabili” sul lasciare le cose come stanno, pur facendo finta di cambiarle.

La proposta – per così dire tangenziale – di presentare testi mirati, che contengono però anche alcune indicazioni tecniche, evita questi rischi. Il supervisore infatti non entra nello specifico sapere-potere clinico dei membri dell’équipe e fornisce soltanto spunti e suggerimenti. Gli operatori e i responsabili possono farli loro e adottarli nella condotta clinica, nel modo che credono più opportuno (Boccanegra, 2012).