

# La supervisione: strumento di formazione continua per operatori di Comunità Terapeutiche Assistite

Serena Giunta



## Narrare i gruppi

*Etnografia dell'interazione quotidiana*

*Prospettive cliniche e sociali*, vol. 7, n° 2, Novembre 2012

ISSN: 2281-8960

Rivista semestrale pubblicata on-line dal 2006 - website: [www.narrareigruppi.it](http://www.narrareigruppi.it)

Titolo completo dell'articolo

**La supervisione:** strumento di formazione continua per operatori di Comunità Terapeutiche Assistite

Autore

**Serena Giunta**

Ente di appartenenza

*Università di Palermo*

To cite this article:

**Giunta S.**, (2012), La supervisione: strumento di formazione continua per operatori di Comunità Terapeutiche Assistite, in *Narrare i Gruppi*, vol. 7, n° 2, Novembre 2012, pp. 131-140, website: [www.narrareigruppi.it](http://www.narrareigruppi.it)

Questo articolo può essere utilizzato per la ricerca, l'insegnamento e lo studio privato.

Qualsiasi riproduzione sostanziale o sistematica, o la distribuzione a pagamento, in qualsiasi forma, è espressamente vietata.

L'editore non è responsabile per qualsiasi perdita, pretese, procedure, richiesta di costi o danni derivante da qualsiasi causa, direttamente o indirettamente in relazione all'uso di questo materiale.

## gruppi nella formazione clinica

### La supervisione: strumento di formazione continua per operatori di Comunità Terapeutiche Assistite

Serena Giunta

#### Riassunto

Il lavoro nelle organizzazioni sociali si presenta oggi complesso e oltremodo denso di criticità. La trasformazione dei quadri di riferimento normativi, la complessità socio-politica e le difficoltà legate agli specifici interventi incidono profondamente sui gruppi di lavoro che operano nel sociale, incrementando la già diffusa necessità di essere supportati. Il seguente lavoro, a tal fine, terrà fortemente in considerazione la ricchezza e la pluralità dei bisogni che gli operatori del sociale (cooperative, comunità, ecc.) esprimono, rimandando ad un'idea di "cura del loro sviluppo e della loro funzione" complessa e variegata (Basaglia, 1968). È in questa prospettiva che lo strumento della supervisione, nato all'interno della tradizione psicoanalitica quale mezzo di formazione dell'allievo psicoanalista (Grinberg, 1989), si inserisce come azione di accompagnamento e supporto volta a facilitare il raggiungimento delle funzioni e degli obiettivi attraverso la rielaborazione dei vissuti e l'analisi dei processi attuati. Si vuole proporre una visione d'insieme sullo stato dell'arte degli studi in Italia sulla tematica della supervisione e sull'importanza che tale strumento riveste all'interno di specifici contesti di cura come quello della Comunità Terapeutica. La supervisione, infatti, pur conservando tutt'oggi la funzione originaria, assume progressivamente una pluralità di compiti e funzioni legati ai diversi ambiti della cura. In Italia, in particolare, la riflessione sul significato, l'utilità e le forme della supervisione istituzionale si è avviata con la chiusura dei manicomi, laddove le nuove modalità di cura nel territorio (comunità residenziali, centri diurni, ecc.) hanno indotto i curanti alla richiesta di supervisioni sia per facilitare la comprensione e la gestione di situazioni sconosciute, che per promuovere lo sviluppo di nuovi programmi terapeutici.

La supervisione riguarda il funzionamento del dispositivo terapeutico e la protezione dello stesso rispetto ad una pluralità di problemi che potrebbero alimentare (nel terapeuta o nel gruppo curante) il blocco della capacità di pensare e lavorare impedendo pertanto la riorganizzazione del dispositivo terapeutico stesso. Pertanto, se l'obiettivo del lavoro di cura è rispondere alle esigenze dell'utenza ed offrire servizi quanto più possibile efficaci ed efficienti, la valutazione dei servizi, ed in particolare della supervisione, quale aspetto di "auto-osservazione e rimodulazione" del dispositivo curante, permette di creare un dialogo tra la ricerca e la clinica, di interrogarsi sui modi e i fini del lavoro di cura, sui suoi rischi iatrogeni al fine di ottimizzare metodi e risultati dell'intervento terapeutico, migliorare il rapporto costi-tempi/benefici, innalzare il livello della qualità professionale incrementando, così, la soddisfazione personale.

*Parole chiave:* supervisione, operatori, comunità terapeutiche assistite

*Supervision:  
a tool for continuous training for operators of Therapeutic Communities Assisted*

*Abstract*

The work in social organizations is today very complex and full of difficulties. The transformation of regulatory frameworks, the socio-political complexity and the difficulties related to specific actions deeply affect the working groups that operate in the social, increasing the already widespread need to be supported. The following work, to this end, will strongly consider the richness and diversity of needs that social workers (cooperatives, community, etc.) express, referring to a complex and varied idea of "care for their development and function" (Basaglia, 1968). It is in this perspective that the instrument of supervision, born within the psychoanalytic tradition as a means of training the psychoanalyst student (Grinberg, 1989), is inserted as accompanying action and support to facilitate the achievement of missions and objectives through the reworking of experiences and the analysis of carried out processes. This paper presents an overview on the state of the art of the studies in Italy on the subject of supervision and the importance that this instrument plays in specific care settings such as the Therapeutic Community. Supervision, in fact, while still preserving the original function, gradually assumes a plurality of tasks and functions related to the various aspects of care. In Italy, in particular, the reflection on the meaning, utility and institutional forms of supervision has started with the closure of mental hospitals, where new ways of treating the territory (residential communities, day care centers, etc.) led the GP to request supervisions both to facilitate the understanding and handling of unknown situations, and to promote the development of new therapeutic programs.

Supervision concerns the operation of the therapeutic device and the protection thereof with respect to a plurality of problems which may feed (in the therapist or the treating group), the block of the ability to think and work thereby preventing the reorganization of the therapeutic device itself. So, if the goal of care is to meet the users' needs and offer services as effective and efficient as possible, the evaluation of services, and in particular of supervision as an aspect of "self-observation and re-modulation" of the treating device, allows you to create a dialogue between research and the clinic, to question the ways and purposes of care, its iatrogenic risks in order to optimize methods and results of the therapeutic intervention, improve the cost-time/benefits ratio, and raise the level of professional quality thus increasing personal satisfaction.

*Key word:* supervision, operators, therapeutic communities assisted.

### 1. *La cultura organizzativa della comunità terapeutica*

La Comunità Terapeutica (C.T.), in quanto luogo di cura, può essere pensata come un grande *Set(ting)*, ossia come "un campo esperienziale, nel quale la relazione che si va strutturando ed intrecciando, all'interno di particolari coordinate formali, istituisce un campo mentale specifico, una matrice in continua evoluzione" (Giannone, Lo Verso, 1996). Questo campo esperienziale si costituisce in relazione ad un insieme di variabili relative al *Set* ed al *Setting*, che contribuiscono a definire le caratteristiche e le specifiche modalità di sviluppo dell'esperienza al suo interno.

Il *Setting* rappresenta l'impianto teorico-tecnico di una C.T., la pre-condizione dell'organizzazione dell'intera struttura, che definisce il progetto terapeutico e l'agire

terapeutico all'interno della C.T.; il termine *Set* fa invece riferimento agli aspetti organizzativi della struttura: l'articolazione degli spazi e degli incontri, le regole, la ripartizione temporale delle attività, la distribuzione dei ruoli e delle mansioni.

L'Istituzione-Comunità, in definitiva, si configura come spazio-tempo, come campo allargato di operazioni vitali (Rinaldi, 1998), che svolge nel suo insieme una funzione terapeutica, laddove il significato terapeutico-riabilitativo più saliente risiede nell'interazione delle funzioni comunitarie e nel particolare coinvolgimento di tutte le componenti in gioco. La C.T. offre una residenza che costituisce per un certo periodo uno spazio fisico ed emotivo condiviso sia con gli altri pazienti che con gli operatori, utilizzando i vari momenti della vita quotidiana in una costante mediazione fra mondo interno e mondo esterno dei pazienti, per affrontare problemi e compiti terapeutici, organizzativi e domestici in una dimensione marcatamente gruppale. Lo stile di vita partecipativo e la costante riflessione sui fenomeni e le dinamiche relazionali che si sviluppano, costituiscono le direttrici terapeutiche fondamentali. Grande significato assume, dunque, il contesto ambientale nel percorso di cura, così come la modalità relazionale, lo spazio ed il tempo condivisi con il paziente, assumono un significato determinante, permeando la funzione curante.

La vita quotidiana nella C.T. è solitamente ricca e movimentata, coinvolgente e caratterizzata da maggior dinamismo e minor prevedibilità e rigidità rispetto ad altre istituzioni, quali ad esempio i servizi ambulatoriali. Gli operatori sono sollecitati a svolgere molteplici attività che richiedono l'assunzione di funzioni organizzative. Le richieste e le pressioni, spesso emotivamente intense e contraddittorie, richiedono capacità di elaborazione personale e collettiva da parte di chi risponde alla richiesta d'aiuto per dar senso alle risposte e formulare ipotesi di lavoro fondate sulla flessibilità e la ricerca del significato di ciò che accade piuttosto che sulla fedeltà a delle procedure rigidamente prestabilite. L'equipe comunitaria svolge quindi la funzione di integrare diverse abilità individuali, metabolizzare gli avvenimenti, contenere efficacemente i momenti critici, conservando la capacità di muoversi come un collettivo e non come una semplice sommatoria di individui (Kaneclin, Orsenigo, 1992). Ciò è tanto più importante se si pensa che un contesto così coinvolgente e un contatto prolungato e quotidiano con i pazienti ed il loro mondo interno determina un gioco intenso di proiezioni, identificazioni, con cui il gruppo degli operatori entra inevitabilmente in risonanza. Si tratta di costituire innanzitutto uno spazio di riflessione e di ricomposizione delle parti frammentate attraverso una funzione cognitiva che consenta una migliore comprensione del paziente. Questo effetto di contenimento, di supporto emotivo e di pensiero è stato definito da Antonello Correale "la funzione ecologica del gruppo", volta a stabilire un ambiente propizio e a generare la sensazione di entrare "in un terreno di cultura comune a tutto il gruppo dei curanti ove contare su rapporti di vicinanza e di sostegno, specie quando compaiano minacce al senso di sicurezza e valutazione di se stesso (Correale, 1996). Su questa base è possibile avviare un percorso evolutivo che si sviluppa attraverso i gesti e gli avvenimenti della quotidianità, seguendo il filo che lega ogni accadimento della vita di gruppo. Il modo di essere e il fare quotidiano si costituiscono, infatti, come terreno di apprendimento che il contesto gruppale amplifica, consentendo un'esperienza conoscitiva in tutti i sensi. È possibile affermare che è la Comunità nel suo complesso a svolgere una funzione psicoeducativa offrendo la possibilità di riflettersi in uno specchio poliedrico in cui l'immagine di ciascuno viene proiettata e riflessa da diverse angolazioni. La vita quotidiana in Comunità è scandita da consuetudini ed esigenze proprie della vita in comune e da pratiche più specificamente

legate a progetti terapeutici. L'operatore quindi partecipa con i pazienti ad alcune operazioni concrete, rituali o informali: l'inizio di una nuova giornata, la cura della persona, il riordino degli spazi personali e comuni, il disbrigo di varie mansioni domestiche, l'osservanza di impegni programmati, l'organizzazione del tempo, l'attesa di avvenimenti previsti, l'affiancamento e il sostegno dei soggetti che maggiormente necessitano di assistenza oltre ad una serie di riunioni di piccoli e grandi gruppi. Ognuno di questi eventi si può accompagnare a significati che vanno oltre la cronaca quotidiana e chiamano in causa valori affettivi importanti che forniscono, ad un osservatore attento, una mole di informazioni preziose che, adeguatamente valutate, rappresentano altrettanti indicatori del comportamento più idoneo da assumere.

L'operatore di comunità agisce nello stare e nel "fare con" piuttosto che nel "fare per" il paziente. La tanto decantata condivisione (della quotidianità, delle attività, etc.) va intesa in senso letterale: dividere - con, cioè tendere ad una possibile divisione dei compiti fra operatori e pazienti, lungo un *continuum* che va dall'affiancamento più o meno consistente alla delega progressiva di responsabilità. I pazienti per così dire "adatti" ad un'esperienza comunitaria sono quei pazienti per i quali non sembra accessibile il livello dei significati in un trattamento solo psicoterapico. Si tratta di pazienti che non possiedono uno spazio psichico interno sufficiente nel quale poter ospitare pensieri ed emozioni che entrino a far parte di una vita psichica personale. L'ambiente comunitario fornisce le condizioni necessarie per realizzare esperienze e per trovare e creare i propri oggetti transizionali. Infatti una delle funzioni degli operatori è proprio quella di favorire la formazione di un'area transizionale: questo è lo scopo per cui un paziente viene accolto. L'offerta di vivere in strutture intermedie ha a che fare con l'offerta di un ambiente che permetta l'attivarsi di quest'area transizionale, essenziale per lo sviluppo della salute psichica, poiché essa dipende dalla possibilità di mantenere un contatto con il mondo esterno a cui dare forma, significato, e che quindi possa essere sperimentato come "altro" esistente indipendentemente dalla propria solitaria onnipotenza. All'interno di una Comunità ci sono gli operatori, con le loro funzioni, che costituiscono un tessuto esperienziale fruibile (spendibile). Esiste una distribuzione di funzioni, orari, la comunicazione delle variazioni. Tutto questo contribuisce a costruire lo "spazio scenico" su cui si può svolgere la rappresentazione e lo sviluppo della vita psichica dei pazienti. Inizia così quella che Pedriali (1998) definisce "Rappresentazione Comunitaria", messa in scena con l'ausilio di tutti gli attori della Comunità, pazienti e operatori. Il paziente in tal modo si trova alle prese con situazioni e personaggi su cui investe parti di sé e che riattualizzano vissuti ed emozioni legati alla sua storia. In questa rappresentazione egli si riferisce ad un suo "copione", secondo modalità a volte ripetitive e monotone, a volte frenetiche e aggressive, a seconda del diverso potere evocativo che il vivere in comunità suscita. Sul "palcoscenico comunitario" si sviluppa quel gioco di resistenze, scissioni, identificazioni proiettive che, per quello che rappresentano in relazione alla storia del paziente, sono modalità d'interazione che lo stesso utilizza per rapportarsi al mondo esterno. Così, a poco a poco, emerge un materiale fatto di espressioni, gesti, azioni, non necessariamente di parole, che affiorano consentendo una miglior comprensione del suo mondo interno. Come il paziente anche chi opera in Comunità può veicolare messaggi importanti più con gli atti che con le parole.

In conclusione è possibile considerare il *setting* comunitario come un unico grande contenitore in cui si svolge un programma di attività terapeutico-riabilitative quali: aiutare i partecipanti a stare nella realtà, a strutturare in modo più sano il tempo e a con-

tenere l'ansia del vuoto, impegnare costruttivamente le energie dei partecipanti e canalizzare le azioni e i pensieri su obiettivi concreti da portare avanti quotidianamente. Il *setting*, dunque, promuove, sostiene e indirizza il cambiamento dello stile di vita del paziente agendo da laboratorio sociale. La comunità assurge ad agente della cura oltre che a mero luogo di cura, ed il cuore di quest'ultima risiede proprio nella "clinica del quotidiano", in cui ogni momento della giornata diventa un'occasione di apprendimento dall'esperienza.

All'interno della Comunità è il gruppo degli operatori a svolgere la funzione terapeutica, contenendo il paziente, mediando tra paziente e territorio, sviluppando il suo senso di appartenenza, promuovendo il suo processo di individuazione, ed ancora, fungendo da "Io ausiliario collettivo" del paziente perché è nella compartecipazione che gli è possibile integrare le parti sane del sé. E dunque solo un gruppo di curanti nella sua univocità può ritenersi capace di rispondere alle esigenze di fusionalità di cui sono portatori i pazienti e permette agli operatori di condividere il peso della presa in carico creando una doppia rete, terapeutica per i pazienti e protettiva per gli operatori.

Le potenzialità dell'equipe sono legate, infatti, alla capacità di riuscire a funzionare come un gruppo, attraverso la messa in comune delle competenze cognitive ed affettive di ciascun membro.

Proposta in questi termini, la funzione del gruppo è tutt'altro che passiva, tutt'altro che solamente un ricettacolo delle proiezioni di un paziente; come sappiamo la realtà del rapporto paziente-gruppo curante è complessa e dinamica, sia nei suoi aspetti concreti che in quelli fantasmatici, ed il gruppo si trova da un lato a svolgere una funzione elaborativa e di conoscenza, dall'altro a misurarsi con le sue dinamiche interne (Lo Verso, Di Blasi, 2012).

Se è vero che l'assetto gruppale rende più tollerabile la relazione con un paziente psicotico, altrettanto vero è che detta relazione non è immune dalle difficoltà che pone il contatto con la psicosi, difficoltà quali, ad esempio, la tentazione organizzativa, come risposta al disordine e alla frammentazione o come difesa rispetto all'indifferenziato; la tendenza alla simmetria, ovvero il reagire del gruppo davanti all'agito del paziente o piuttosto la riproposizione delle stesse difese del paziente.

Per evitare tutto ciò è necessario che il gruppo dei curanti rappresenti qualcosa di diverso dalla semplice somma delle competenze e dei ruoli di ogni singola figura professionale, ognuna con una sua specifica risposta, ogni singola figura professionale è, in realtà, un punto d'appoggio del mondo interno del paziente, e deve essere ~~sia~~ in grado di riconoscere tracce, di fare connessioni, di pensare il paziente nella sua integrità, senza costringerlo a reintroiettare troppo precocemente un'integrità che non è in grado di tollerare (Nosè, 1991). Ed è proprio a questa capacità che diversi Autori alludono quando attribuiscono al gruppo una sorta di funzione "terza" di autosservazione, e quindi una "funzione autoriflessiva" (Hinshelwood, 1987).

In questa direzione, Correale (2001) ha distinto tre funzioni principali in un gruppo curante, delle quali due riguardano in modo più specifico il rapporto fra gruppo di operatori e pazienti (il contenimento e l'integrazione) mentre la terza riguarda invece il rapporto degli operatori fra di loro (la giustizia). Il contenimento si propone come funzione essenzialmente e squisitamente di gruppo; in accordo con quanto afferma Correale può essere inteso in triplice accezione, ovvero come uno sforzo per cercare e ripristinare un senso del limite, anche materiale, in pazienti che, per gli stati di angoscia e disperazione profonda attraversati, tendono a perdere la capacità di autocontrollo sulla propria impulsività; come la capacità di associare e collegare tra loro gli elementi

di vita e le diverse sfumature del carattere di una persona, avvicinando tra loro stati ed elementi mentali per poterli indagare con maggiore attenzione; infine, relativamente ad una dimensione più fisica del paziente, come l'accudire e l'essere vicino che richiamano il concetto di *holding* di winnicottiana memoria.

L'integrazione, sempre seguendo Corrae, si riferisce ad una dimensione psicologica e affettiva e riguarda la conoscenza empatica, intuitiva, che ogni operatore fa di un paziente e con gli affetti che lo stesso paziente suscita nei diversi operatori. L'integrazione è, quindi, orientata verso la ricerca di una visione d'insieme del paziente e dipende dalla capacità del gruppo di attivarla e dal livello di maturazione e condivisione che il gruppo stesso può raggiungere.

La giustizia attiene al clima e al livello di maturazione all'interno dell'equipe di lavoro. Il contatto con la patologia grave mette in moto livelli diversi di coinvolgimento emotivo e carichi relazionali disomogenei fra i diversi membri di un gruppo di lavoro. Acquista allora particolare importanza l'armonia fra i diversi membri dell'*equipe*, la solidarietà e la capacità di condivisione.

Tutti questi elementi sono condizioni che permettono di rinarrare la storia del paziente, aprono una via per il cambiamento e immettendo ciascun attore della C.T. nella dimensione partecipativa, dell'esser presenti e protagonisti.

## 2. *La supervisione come contributo allo sviluppo di comunità*

La natura degli interventi, la complessità della loro integrazione, le dinamiche che investono lo *staff* o che si generano anche al suo interno, richiedono una particolare attenzione al suo funzionamento e al suo equilibrio. Ogni Comunità può trovarsi nella necessità di analizzare questi fenomeni se non vuole correre rischi di frammentazione o di tensioni intollerabili. Solitamente, il compito di contenimento delle ansie che si sviluppano nell'*equipe* e di elaborazione delle stesse, viene assunto da chi svolge (o viene delegato a svolgere) il ruolo di *leader*. Si tratta di una posizione a volte scomoda, ma di fatto necessaria. Fra le tante riunioni dello *staff* (giornaliere, settimanali, a carattere clinico, di analisi istituzionale, *etc*), la supervisione merita una considerazione a parte. Quasi tutte le Comunità prevedono degli incontri di questo tipo nell'articolazione della loro attività: le differenziazioni riguardano il diverso significato che vi attribuiscono, il taglio teorico-tecnico della sua conduzione e il rapporto che si viene a stabilire fra supervisore e *staff*. Esistono Comunità dove queste riunioni assumono quasi aspetti di sacralità, trasformandosi in un rito officiato da un celebrante da cui lo *staff* si aspetta di ricevere illuminazione. Si materializza cioè un'identificazione proiettiva da parte di tutto il gruppo (o quasi) nei confronti di una sola persona cui viene delegata la capacità di comprensione e di intuizione (Main, 1989) e da cui ci si aspetta passivamente la somministrazione di qualcosa che metta in condizione di capire e di fare. Non è difficile individuare i limiti di una siffatta concezione della supervisione che genera fantasie di onnipotenza del supervisore, ingigantisce il rapporto di dipendenza da lui (mentre l'*equipe*, soprattutto in momenti di difficoltà, avrebbe bisogno di essere aiutata a riattivare le proprie risorse potenziali) e suscita anche sentimenti d'invidia nei suoi confronti; è molto facile, inoltre, che si instauri una dinamica competitiva fra la figura del supervisore e quella del *leader* dell'*equipe* con effetti che non tarderanno ad evidenziarsi nella pratica quotidiana. Per contro, in altri contesti, la supervisione assume caratteri meno vistosi, si svolge con modalità diffuse, giocate tutte



all'interno dell'*équipe*: le riunioni organizzate, a questo scopo, si moltiplicano, vengono distinte per funzioni, oppure si preferisce evitare il termine stesso facendole rientrare nella *routine* delle abituali riunioni d'*équipe*. Questa impostazione non è sempre espressione di maturità dello *staff*, spesso, anzi, maschera un atteggiamento difensivo nei confronti di una figura, il supervisore esterno, vissuto come intrusiva e persecutoria e si riscontra frequentemente in quelle strutture ove la debolezza dell'impianto teorico o le sue caratteristiche rigidamente mono-culturali vengono compensate dalla personalità carismatica di un *leader* (Orsenigo, 1998). I rischi insiti in questo tipo di funzionamento sono quelli di non acquisire una visione prospettica delle situazioni, di non riuscire a contenere al proprio interno le tensioni che si generano, oltre un certo limite, di sviluppare, in momenti di crisi, dinamiche paranoidee con la ricerca di un colpevole tra i pazienti, tra gli operatori o all'esterno della Comunità. Tra questi due estremi, che rappresentano entrambi una concezione deformata, la supervisione trova una corretta collocazione come strumento di verifica, evidenziatore di particolari significati sommersi, occasione per cogliere nuovi elementi di conoscenza, contributo allo sviluppo di formazione, luogo di decantazione degli umori e dei vissuti dell'*équipe* (Barone, Bruschetta, Giunta, 2010). Stabilire a priori se essa debba costituire un aspetto scontato e costante della prassi comunitaria, o uno strumento da utilizzare in determinati periodi di transizione, se sia preferibile un taglio psicodinamico, psicosociale o cognitivo, se il supervisore debba essere una figura esterna alla Comunità, o viceversa, se questo ruolo possa essere svolto con maggior cognizione di causa da chi è, in qualche modo, coinvolto dall'interno, è praticamente impossibile. Fermo restando che la supervisione rappresenta uno degli strumenti più tipici con cui la Comunità può analizzare il proprio funzionamento e, quindi, sviluppare una sua cultura dell'indagine, credo che la scelta della frequenza, dei tempi e dei modi dipendano dalla maggior o minor capacità che l'*équipe* dimostra di avere nel riconoscere le proprie necessità.

Situazioni di *empasse* nel rapporto coi pazienti, dinamiche conflittuali che si prolungano nel tempo, demotivazione degli operatori, *turnover* dei pazienti o di figure particolarmente significative per la Comunità, possono segnalare altrettante necessità di riflessione su aspetti particolari riguardanti una o più delle sue componenti, o tutta la struttura nel suo complesso. Non ha quindi molto senso pretendere di indicare una formula adatta a tutte le circostanze: è più importante che l'*équipe* non scivoli inconsapevolmente nella posizione di negazione onnipotente dei propri bisogni o che, all'opposto, si mantenga in un perenne rapporto di dipendenza. La capacità di riconoscere la natura delle proprie necessità, al contrario, può mettere lo *staff* in condizione di individuare i contenuti e i modi più idonei della supervisione stessa.

### 3. Riflessioni finali

Attraverso il lavoro presentato si è voluto stimolare una riflessione critica, necessaria affinché possano pensarsi e poi prodursi dei cambiamenti nelle modalità di intervento, sulla necessità dell'utilizzo dello strumento della supervisione nei contesti comunitari. In questi *setting* obiettivo della supervisione è aumentare le capacità di lettura dei fenomeni a livello gruppale e promuovere e valorizzare il riconoscimento delle proprie competenze sia in termini di "saper essere" che in quelli di "sapere" e "saper fare" (laddove con il "sapere" facciamo riferimento alla conoscenza dei diversi aspetti legati alla cura; con il "saper fare" alla capacità di tradurre la conoscenza in operazioni



concrete e con il “saper essere” alla traduzione di ciò che si “sa” e si “sa fare” nell’ambito della relazione) (Fiore, 1994). Ai fini di tutto ciò, tuttavia, è importante che il lavoro di supervisione conduca il dispositivo terapeutico a pensare e, laddove occorre, a ri-organizzarsi per curare.

Se l’obiettivo del lavoro di cura, infatti, è rispondere alle esigenze dell’utenza e offrire servizi quanto più possibile efficaci ed efficienti, l’individuazione, la rilevazione e l’analisi delle auto-rappresentazioni e delle rappresentazioni sociali relative al ruolo dell’operatore nei Servizi di Salute Mentale permette di interrogarsi sui modi e i fini del lavoro di cura e sui suoi rischi iatrogeni, al fine di ottimizzare metodi e risultati dell’intervento, in modo che non solo venga innalzato il livello della qualità professionale, ma che si riesca anche a lavorare con maggiore soddisfazione personale, tenendo sempre in debito conto che il nostro lavoro “si svolge in una situazione complessa di narrazione della narrazione: nella vita, nelle scienze umane, nel pensarci su in sostanza” (Lo Verso, 1998).

### *Bibliografia*

- Barone R., Bruschetta S., Giunta S. (2010), *Gruppoanalisi e comunità terapeutica. Uno strumento di lavoro basato su supervisione, valutazione e ricerca*, Franco Angeli, Milano.
- Basaglia F., (a cura di), (1968), *L’istituzione negata*, Einaudi, Torino.
- Correale A., (1991), *Il campo istituzionale*, Borla, Roma.
- Correale A., (1993), *La supervisione nei servizi pubblici*, in Asioli, Ballerini, Berti Ceroni, *Psichiatria nella comunità. Cultura e pratica*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Giannone F., Lo Verso G.,(2000), *Gruppoanalisi e servizi*, in Lo Verso G., Federico T., (a cura di), *Il lavoro clinico con i gruppi nel sociale*, Borla, Roma.
- Grinberg L.,(1989), *La supervisione psicoanalitica: teoria e pratica*, Raffaello Cortina, Milano.
- Hinshelwood. D., (1994), *Uno spazio per la supervisione. Riflessione e leadership nella Comunità Terapeutica*. Tr. It. In Corulli, M. (a cura di), *Terapeutico ed antiterapeutico. Cosa accade nella Comunità Terapeutica*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Kaneclin C., Orsenigo A.,(1992), *Il lavoro di comunità*, Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Lo Verso G., Di Blasi M., (2012), *Gruppoanalisi soggettuale*, Raffaello Cortina, Milano.
- Pedriali E., (1997), *L’integrazione fra teoria e prassi nella formazione dell’operatore di Comunità*, Relazione presentata alla Windsor Conference.
- Pedriali E., (1998), *Da una analisi storica alla prospettiva di cambiamento*, in Ferruta A., Foresti G., Pedriali E., Vigorelli M. (a cura di) *La Comunità Terapeutica. Tra mito e realtà*, Raffaello Cortina, Milano.

### *Approfondimenti Bibliografici*

- Bolognini S., Mantovani M., (1999), *Le attività del supervisore*. In Berti Ceroni G., Correale A. (a cura di), *Psicoanalisi e psichiatria*, Raffaello Cortina Editore. Milano.
- Cardamone G., Zorzetto S., (2000), *Salute mentale di comunità. Elementi di teoria e pratica*, Franco Angeli, Milano.
- Fasolo F., Ambrosiano I., Cordioli A., (2005), *Sviluppi della soggettività nelle reti sociali*, CLEUP, Padova.
- Ferruta A., Foresti G., Pedriali E., Vigorelli M., (1998), *La comunità terapeutica. Tra mito e realtà*. Raffaello Cortina, Milano.
- Foulkes S.H., (1976), *La psicoterapia gruppoanalitica. Metodo e principi*, Astrolabio, Roma.

- Galli T., (1994). *La supervisione nel lavoro istituzionale.*, in Vigorelli, M., (a cura di) *Istituzione tra interazione e cambiamento*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Giunta S. Giordano C., Cicero V., Pavia L., Campo R., Oliveri A., (2004), *Inside and Outside the Community: may taking care of this boundarie be therapeutic?*, in *Atti del 35th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research*, Rome 16-20 Giugno.
- Lo Coco G., Lo Verso G., (2006). *La cura relazionale*, Raffaello Cortina, Milano.
- Lo Verso G., Prestano C., (2003), *Relational goods: cost and effectiveness*. *Group Anelysis*, 36.
- MacKenzie K. R., (2002), *Psicoterapia breve di gruppo*. Tr. It., Erikson, Torino.
- Main T., (1989), *La Comunità Terapeutica e altri scritti psicoanalitici*. Tr. It. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Morosini P., Casacchia M., Roncone R., (2000), *La qualità dei servizi di Salute Mentale*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Napolitani D., (1986), *La "struttura intermedia" nel panorama psichiatrico*. Relazione presentata alla giornata di studio su "La lezione delle Comunità Terapeutiche per l'organizzazione psichiatrica oggi", Istituto di psichiatria dell'Università di Bologna, 18 Ottobre 1986.
- Pazzi E., Fava E., (1996), *La psicoterapia nei servizi pubblici. Il punto di vista degli utenti*. *Rivista Sperimentale di Feniatria*, CXXI, 5.
- Rinaldi L., (1998), *Il lavoro d'equipe con il paziente schizofrenico*, in *La Comunità Terapeutica. Tra mito e realtà*, Raffaello Cortina, Milano.
- Ruggeri M., Dall'Agnola R. (2000), *Come valutare l'esito nei dipartimenti di salute mentale*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Sharpe M., (a cura di) (1997), *Il terzo occhio. La supervisione dei gruppi analitici*, Astrolabio, Roma.
- Vigorelli M., (a cura di) (1995), *Il lavoro di cura nelle istituzioni*, Franco Angeli, Milano.
- Yalom I. D., (1997), *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Tr. It Bollati Boringhieri, Torino.