

Il gruppo ripensa il gruppo. Dialogo sulla gruppalità multiprofessionale in istituzione

di Renato Lalli* e Stefania Bisagni**

[Ricevuto il 05/01/2026
Accettato il 25/01/2026]

Riassunto

Il contributo nasce dall'esperienza di un gruppo di studio interprofessionale in ambito sociosanitario, inteso non solo come oggetto di osservazione ma come dispositivo generativo di pensiero. L'articolo si sviluppa a partire dal materiale emerso nei report degli incontri, assumendo il dialogo del gruppo come traccia originale dello sviluppo tematico. I vissuti, le domande e le tensioni condivise dai partecipanti vengono progressivamente riorganizzati dagli autori in una lettura che intreccia dimensione gruppale, istituzionale e organizzativa. In questo processo trovano spazio i temi dell'impotenza degli operatori, della frammentazione del lavoro d'équipe, dei confini professionali e dell'egemonia di modelli organizzativi e di cura orientati alla standardizzazione e alla quantificazione. Gli autori osservano come sia imprescindibile partire dal concetto di *matrice dinamica gruppale*, intesa come campo rela-

* Psichiatra, psicoterapeuta, svolge attività di libero professionista come psichiatra e psicoterapeuta. Insegna "Supervisione" presso la Scuola COIRAG e Psicofarmacologia presso l'Università Salesiana di Venezia. Socio e membro del Consiglio Direttivo di Asvegra, Coordinatore del Gruppo di Studio di Asvegra sull'interprofessionalità (via Beato Luca Belludi, 50 – 35123 Padova); lallinet56@gmail.com

** Psicologa, psicoterapeuta a indirizzo sistemico relazionale, individuale e gruppale. Socia Asvegra. Lavora da anni nel privato sociale (Polis Nova S.C.S. Centro Diurno Salute Mentale "Attivamente 1 e Attivamente 2". Pontevigodarzere 50 – 35133 Padova, <https://www.gruppopolis.it/>). Libera professionista (via Po, 3 – 35135 Padova); stefania.bisagni@gmail.com

Gruppi/Groups (ISSNe 1972-4837), 2/2024
DOI: 10.3280/GRUOA2-2024OA22932

AFFERENZE

zionale generativo che precede e organizza le interazioni tra le professioni, per poter poi considerare quello di *interprofessionalità*.

Parole chiave: Matrice dinamica gruppale, Gruppo come soggetto pensante, Funzione gruppale e istituzionale, Campo istituzionale della cura, Dispositivi gruppali interprofessionali.

Abstract. *The group rethinks the group. An interprofessional dialogue on group processes within institutions*

The paper arises from the experience of an interprofessional study group in the socio-healthcare field, conceived not only as an object of observation but as a generative device for thinking. The article develops from the material emerging in the reports of the group meetings, taking the group's dialogue as the original thread guiding the thematic development. Participants' experiences, questions, and tensions are progressively reorganized by the authors into an interpretative framework that intertwines group, institutional, and organizational dimensions. Within this process, issues such as professionals' feelings of impotence, the fragmentation of teamwork, professional boundaries, and the hegemony of organizational and care models oriented toward standardization and quantification are explored. The authors argue that it is essential to start from the concept of a dynamic group matrix – understood as a generative relational field that precedes and organizes interactions among professions – in order to subsequently address the notion of interprofessional practice.

Keywords: Interprofessional collaboration, Multidisciplinary mental health teams, Group-based reflective practice, Institutional dynamics in healthcare, Mental health care services.

Introduzione

L'interprofessionalità nel campo sociosanitario rappresenta oggi una sfida che eccede la semplice integrazione di competenze diverse. Il lavoro nei servizi di cura implica sempre una dimensione gruppale in cui aspetti professionali, emotivi e istituzionali si intrecciano in una trama complessa, non riducibile a soluzioni esclusivamente organizzative né a dispositivi di sola regolazione funzionale (Neri, 2017).

Il presente contributo nasce dall'esperienza di un gruppo di studio sull'interprofessionalità che ha riunito operatori di diversi ambiti del lavoro socio-sanitario. Tale esperienza si colloca in quello spazio intermedio tra formazione e intervento che Kaës (2007) definisce come area transizionale tra soggetto, gruppo e istituzione. Psicologi, infermieri, psichiatri, educatori e assi-

stenti sociali si sono incontrati, con cadenza bimestrale a partire dal 2022, dando vita a una configurazione gruppale che può essere descritta, con Foulkes (1975), come una matrice dinamica in cui le esperienze professionali individuali si intrecciano producendo significati condivisi.

Inizialmente concepito come luogo di confronto su casi clinici complessi, il gruppo ha progressivamente assunto una funzione riflessiva più ampia, trasformandosi in uno spazio in cui è divenuto possibile pensare non solo le situazioni cliniche, ma il funzionamento stesso del gruppo e, attraverso di esso, il contesto istituzionale di appartenenza.

Questo slittamento non è stato programmato, ma si è prodotto come effetto dello stesso processo gruppale, che ha iniziato a interrogare le condizioni che rendono possibile – o al contrario ostacolano – il lavoro interprofessionale.

In questo movimento, il gruppo intercetta una tensione che attraversa le istituzioni contemporanee della cura: da un lato l'esigenza di controllo, governabilità e protezione, dall'altro la necessità di affrontare e sostenere processi relazionali ed emotivi complessi, difficilmente riducibili a procedure standardizzate. Tale tensione, che emerge ripetutamente nel dialogo del gruppo, trova una particolare risonanza nella riflessione di Roberto Esposito (2010, 2012) sulla logica immunitaria, intesa come dispositivo attraverso cui i sistemi sociali tendono a difendersi dall'eccesso di esposizione, riducendo però, al contempo, le possibilità di legame, di condivisione e di trasformazione.

Sebbene l'interprofessionalità sia ampiamente invocata nei documenti programmatici come condizione necessaria per garantire efficacia e continuità della cura, l'esperienza quotidiana degli operatori restituisce spesso un quadro segnato da difficoltà persistenti, tensioni latenti e da un diffuso senso di affaticamento. Nei report degli incontri del gruppo di studio, tali difficoltà vengono inizialmente nominate in modo frammentario, ma progressivamente il dialogo si orienta verso interrogativi più radicali, relativi al senso del lavoro, alla possibilità di un investimento soggettivo e alle condizioni istituzionali che rendono praticabile una reale collaborazione tra professioni.

Da una prospettiva gruppoanalitica, l'interprofessionalità non può essere compresa senza interrogare la matrice relazionale del gruppo di lavoro: quel campo dinamico in cui soggettività professionali, vincoli istituzionali, gerarchie dei saperi e alleanze implicite si intrecciano. In questa prospettiva, il gruppo non è un semplice contenitore delle interazioni, ma un dispositivo generativo di significato, capace di sostenere – o ostacolare – il lavoro di cura.

I temi che attraversano il testo – dalla discussione dei casi ai confini professionali, dall'impotenza alla serializzazione del lavoro – non vengono presentati come capitoli autonomi, ma come configurazioni successive di uno

stesso campo grupppale in trasformazione. L'articolo assume così il gruppo non solo come oggetto di analisi, ma come soggetto pensante. Il titolo "Il gruppo ripensa il gruppo" intende restituire questo movimento: un pensiero che nasce dall'esperienza e dal dialogo, nel tentativo di dare forma a ciò che nel lavoro quotidiano tende a restare implicito o non pensato.

Il contesto e la nascita del gruppo

"Il Covid ci ha reso tutti... pazienti vicino ai pazienti".

Il gruppo nasce dall'iniziativa condivisa di diversi operatori, ciascuno portatore di una specifica professionalità e proveniente da differenti contesti istituzionali. Questo insieme eterogeneo di partecipanti si attiva attorno a un interesse comune: riflettere sulle possibilità, le difficoltà e le sfide che il lavoro interprofessionale comporta nel settore sociosanitario. La conduzione degli incontri viene affidata a uno psichiatra, nel cui interesse è stato avviato il gruppo e di cui è anche coordinatore, affiancato da una psicologa in qualità di co-conduttrice. Entrambe queste figure sono estranee rispetto alle istituzioni e alle posizioni di lavoro degli altri operatori essendosi anch'essi proposti per interesse personale. In quanto soci dell'associazione "Asvegra" - Associazione Veneta per la Ricerca e la Formazione in Psicoterapia Analitica di Gruppo e Analisi Istituzionale – confederata in COIRAG, hanno poi proposto e realizzato, dal secondo anno d'incontri, la conversione del gruppo in "gruppo di studio" interno all'associazione.

La costituzione del gruppo segna così l'apertura di un percorso collettivo che si propone di esplorare, attraverso il dialogo e la riflessione comune, le condizioni che rendono possibile una reale collaborazione tra professioni nel campo della cura.

La composizione del gruppo riflette la complessità del campo sociosanitario contemporaneo. Vi partecipano infermieri, psicologi con differenti formazioni, educatori, assistenti sociali e psichiatri, alcuni dei quali operano in contesti ad alta esposizione, come il carcere, portando in modo esplicito i temi del burnout, dei confini professionali e della tenuta emotiva del lavoro. L'eterogeneità delle appartenenze costituisce fin dall'inizio una risorsa, ma anche una fonte di tensione, rendendo visibili differenti posizioni istituzionali e diversi registri di esperienza.

L'inizio degli incontri coincide con il periodo immediatamente successivo alla pandemia, quando i servizi sociosanitari si trovano a confrontarsi con gli esiti di un'esperienza traumatica collettiva che ha inciso in modo significativo sulle modalità di lavoro e sulle relazioni professionali. Dai report

emerge come il Covid-19 abbia rappresentato uno spartiacque: “Almeno nella prima ondata il Covid ci ha reso tutti pazienti vicino ai pazienti”, osserva uno degli psicologi partecipanti, sottolineando come l'emergenza abbia temporaneamente attenuato le barriere professionali, producendo una vicinanza inedita, seguita tuttavia da una stanchezza diffusa e da un successivo irrigidimento difensivo delle organizzazioni.

L'articolo esamina i primi due anni di esperienza del gruppo, che a tutt'oggi rinnova di anno in anno la propria attività sviluppandola nel tempo. Gli incontri sono otto per ciascun anno, alternando presenza e collegamento a distanza. Questa cornice contribuisce a definire uno spazio-tempo separato dalle urgenze operative quotidiane ma anche distanziato dagli impliciti condizionamenti delle dinamiche relative a ciascuna istituzione di appartenenza, favorendosi così una fruttuosa condizione di *sospensione*, a vantaggio di un lavoro di pensiero sull'esperienza. In questa prospettiva, il dispositivo grup-pale può essere pensato anche come un *setting istituzionale* che, come osserva Bleger (1966), non è mai neutro ma partecipa attivamente alla regolazione delle ansie e dei legami che attraversano il lavoro. In termini gruppoanalitici, si tratta della costruzione di un campo (Neri, 2004) che consente di rendere pensabili aspetti del lavoro che nei servizi tenderebbero a restare impliciti o agiti.

Il dispositivo non nasce come gruppo terapeutico, né come supervisione clinica in senso stretto, né come ricerca formalizzata. In una fase iniziale, il lavoro è orientato alla discussione di situazioni cliniche complesse e all'integrazione delle diverse competenze professionali. Progressivamente, tuttavia, il funzionamento del gruppo si trasforma: l'attenzione si sposta dai singoli casi alle condizioni che rendono possibile o problematica la collaborazione interprofessionale. Questo slittamento non è il risultato di una decisione esplicita, ma emerge come effetto del processo grup-pale, che orienta il pensiero dai contenuti manifesti alle dinamiche latenti che li sostengono.

Da una prospettiva gruppoanalitica, tale trasformazione può essere letta come l'attivazione di una *funzione grup-pale di pensiero*. Il gruppo assume progressivamente il ruolo di apparato capace di contenere e trasformare esperienze emotivamente cariche, restituendole in forma pensabile. Tale funzione richiama l'idea di *apparato psichico grup-pale* (Kaës, 1976), inteso come dispositivo che consente al gruppo di svolgere operazioni di pensiero non riducibili alla somma dei funzionamenti individuali. Il dispositivo richiama anche la nozione di *matrice grup-pale* proposta da Foulkes, intesa come campo dinamico che orienta il pensiero e l'esperienza dei partecipanti.

Il gruppo non si configura tuttavia come spazio neutro o privo di conflitti. Differenze di ruolo, appartenenza professionale e posizione istituzionale at-

traversano gli incontri, dando luogo talvolta a momenti di impasse. È anche attraverso il lavoro su tali tensioni che il dispositivo contribuisce a una funzione trasformativa: la possibilità di sostare nel conflitto senza ricorrere a soluzioni immediate consente una maggiore consapevolezza delle dinamiche in gioco, rendendo pensabili differenze che nel lavoro quotidiano tendono ad acuirsi o mascherarsi.

In questo senso, il gruppo di studio può essere letto come spazio di mediazione tra individuo, istituzione e compito, in linea con le riflessioni di Kaës sulle funzioni intermedie del gruppo. Il dispositivo ha offerto un luogo in cui istanze soggettive e richieste istituzionali potevano essere messe in relazione, permettendo di riconoscere come molte difficoltà operative rinvino a conflitti più ampi iscritti nel campo istituzionale.

Dal punto di vista metodologico, l'analisi del materiale segue una logica prevalentemente induttiva. I temi che strutturano il testo non sono stati definiti a priori, ma sono emersi progressivamente dall'evoluzione del dialogo gruppale. I report degli incontri, redatti da uno dei partecipanti, costituiscono il corpus documentale attraverso cui è stato possibile seguire le trasformazioni del pensiero del gruppo nel tempo. Non si tratta di trascrizioni puntuali, integrali, ma di narrazioni che restituiscono i passaggi salienti e le risonanze emotive di ciascun incontro.

La posizione di chi scrive si colloca all'interno di questo processo. Le riflessioni proposte non svolgono una funzione interpretativa di ordine sovraordinato, estranea al processo, ma nascono dal dialogo e nel dialogo in gruppo. I riferimenti teorici vengono introdotti come risonanze concettuali che articolano temi già presenti nel materiale gruppale, piuttosto che come griglie interpretative predefinite. In questa prospettiva, il lavoro di scrittura si configura come una prosecuzione del processo riflessivo avviato negli incontri, assumendo il gruppo come soggetto di conoscenza capace di produrre un sapere situato sull'interprofessionalità.

I casi e la prima fase del gruppo

“Si crea una spaccatura nel servizio”.

Nei primi incontri, tra giugno e novembre 2022, il gruppo utilizza la discussione di casi clinici complessi come principale dispositivo di accesso alle problematiche interprofessionali. Questa modalità richiama l'intuizione di Balint (1957), secondo cui il caso clinico non è soltanto un oggetto di analisi tecnica, ma un punto di condensazione dei vissuti emotivi e delle dinamiche relazionali che attraversano il contesto di cura. Attraverso il racconto dei

casi, emergono progressivamente elementi che rimandano non solo al funzionamento del paziente, ma anche al controtransfert professionale e istituzionale degli operatori.

Il primo caso discusso risulta particolarmente emblematico. Si tratta di un uomo con problemi di tossicodipendenza e comportamenti inadeguati che, durante una visita domiciliare, manifesta atteggiamenti sessualmente invasivi nei confronti di una studentessa. La discussione che segue rende immediatamente visibile una frattura all'interno dell'équipe: da un lato chi tende a leggere l'episodio esclusivamente in termini di patologia, dall'altro chi fatica a tollerare il comportamento e ne sottolinea la dimensione aggressiva e trasgressiva. Come osserva un partecipante: "Si crea una spaccatura nel servizio: qualcuno tutela l'utente definendolo malato, altri non tollerano il suo comportamento".

Questa polarizzazione può essere letta, in termini gruppoanalitici, come espressione di una negatività del gruppo di lavoro (Kaës, 1987), in cui aspetti scissi dell'angoscia vengono distribuiti tra posizioni apparentemente inconciliabili. Il dilemma che il gruppo si trova ad affrontare riguarda la possibilità di contenere la distruttività senza colludere con essa, mantenendo una funzione di cura senza rinunciare ai confini necessari alla tutela degli operatori. In questo quadro emerge con forza l'assenza di una funzione di regia capace di tenere insieme le diverse dimensioni del caso. La mancanza di un case manager, di un coordinatore, meglio forse di un garante della funzione di confronto in gruppo, viene riconosciuta come elemento strutturale che eccede il singolo episodio e rimanda a una difficoltà più ampia di integrazione dei livelli clinico, sociale e progettuale (Rapp e Goscha, 2012).

Il gruppo si interroga d'altra parte sul rischio che alcune funzioni, come quella del case management, possano cercare di svolgere un ruolo di tipo compensatorio, non sempre realisticamente consono a quanto sta mancando. Aspirando in questo, come dispositivo aggiunto, a supplire in maniera vicariante alla frammentazione dell'équipe e rinunciando a intervenire nella condizione di fondo che la determina: la carenza d'integrazione *sincronica* tra le professionalità. Questa riflessione apre già uno spazio di pensiero che va oltre il caso specifico, orientando l'attenzione verso il funzionamento complessivo del lavoro interprofessionale. Nel dialogo del gruppo, l'episodio descritto non viene elaborato soltanto come evento critico isolato, ma sembra attivare una riflessione più ampia sul conflitto come esperienza ricorrente nel lavoro interprofessionale. Dai report emerge come la divisione dell'équipe non venga vissuta esclusivamente come problema operativo, ma come segnale di una difficoltà più profonda nel sostenere una lettura condivisa delle situazioni complesse. Alcuni partecipanti sottolineano come il conflitto tenda

a riattivarsi proprio nei momenti in cui vengono meno riferimenti chiari e spazi di confronto strutturati.

In questo senso, il conflitto appare meno come elemento patologico del funzionamento dell'equipe e più come indicatore di una tensione che attraversa il campo istituzionale. Nel gruppo si osserva come, in assenza di una cornice capace di contenerlo, il conflitto venga rapidamente spostato su piani alternativi: moralizzato, tecnicizzato o delegato ad altri livelli dell'organizzazione. Tali movimenti sembrano ridurre la possibilità di sostare nella complessità, favorendo soluzioni difensive che, pur producendo una temporanea riduzione dell'ansia, lasciano irrisolti i nodi di fondo.

A partire da quanto emerso nel dialogo, diventa possibile interrogarsi sulla funzione del conflitto nel lavoro di cura. In una prospettiva gruppoanalitica, il conflitto può essere pensato come materiale grezzo del pensiero gruppale, che richiede un contenitore sufficientemente stabile per poter essere trasformato. Quando tale funzione di contenimento viene meno, il conflitto rischia di essere agito o espulso, producendo paralisi decisionale o irrigidimenti oppositivi tra le professioni. In questa prospettiva, ciò che sembra mancare non è l'assenza di competenze o di volontà collaborativa, ma la possibilità di un lavoro gruppale sul conflitto stesso.

Va considerato che, nella esperienza che stiamo descrivendo, la qualità del confronto su questi temi dipende dalla specifica struttura del gruppo, caratterizzato da partecipazione volontaria, membri provenienti da istituzioni diverse e conduttori esterni alle organizzazioni dei partecipanti. Questo assetto differenzia il *gruppo di studio* da un gruppo operativo interno, limitando la possibilità di vivere e osservare in maniera diretta le dinamiche di lavoro di un'equipe. Non consentendo ad esempio l'emergere naturale di un certo genere di conflitti che avrebbero dovuto, in questo caso, trovare diverse modalità di fronteggiamento ed elaborazione. Tuttavia, proprio queste specificità, consentono una diversa e comunque proficua prospettiva: in questo caso più osservativa e distaccata, permettendo di evidenziare aspetti che in una situazione di lavoro potrebbero risultare sfocati a causa di un eccesso di vicinanza operativa e di coinvolgimento emotivo.

Dai casi clinici al campo istituzionale. Lo slittamento progressivo del pensiero gruppale

“Questo caso... potrebbe essere capitato in molti altri servizi”.

Con il procedere degli incontri si osserva uno slittamento progressivo del fuoco del dialogo gruppale. Elementi inizialmente collocati sullo sfondo

della discussione clinica – vincoli organizzativi, modalità decisionali, assetti di responsabilità, pressioni temporali – iniziano ad assumere una posizione sempre più centrale. Il gruppo sembra interrogarsi meno su che cosa fare nei singoli casi e più sulle ragioni per cui alcune difficoltà tendono a ripresentarsi, indipendentemente dalle specificità cliniche.

Questo passaggio non avviene attraverso una decisione esplicita, ma emerge come effetto dell'accumularsi di risonanze tra situazioni differenti. Casi provenienti da servizi e contesti organizzativi eterogenei mostrano tratti ricorrenti: sensazione di stallo, ripetitività degli esiti, difficoltà a sostenere interventi nel tempo. Il gruppo inizia così a riconoscere che, ciò che viene inizialmente pensato come problema del singolo caso, rinvia a configurazioni più ampie che attraversano il funzionamento istituzionale nel suo complesso.

In questo movimento, il caso clinico perde progressivamente la funzione di oggetto isolato di analisi e diventa un ponte per accedere all'orizzonte più esteso del campo istituzionale. Le difficoltà incontrate con i pazienti vengono rilette come intrecciate alle condizioni di lavoro delle équipes, ai modelli organizzativi e ai riferimenti impliciti che orientano le pratiche di cura. Il gruppo inizia a interrogare non solo le scelte cliniche, ma anche *i contesti* che le rendono possibili o, al contrario, le ostacolano.

A partire da questa trasformazione del dialogo, diventa ipotizzabile pensare il gruppo come luogo di emersione di un campo condiviso, in cui i casi funzionano come punti di condensazione di dinamiche più ampie. Questa modalità di lavoro richiama la nozione di *campo istituzionale* elaborata da Correale (1991), secondo cui la clinica non può essere separata dalle condizioni organizzative e simboliche che la attraversano. Senza che ciò venga esplicitamente tematizzato in termini teorici, il dialogo del gruppo sembra muoversi spontaneamente proprio in questa direzione; rendendo visibile come il funzionamento istituzionale entri nella scena clinica ben prima di essere riconosciuto come tale.

Questo slittamento segna un punto di svolta nel funzionamento del gruppo. Il dialogo non si orienta più prioritariamente alla ricerca di risposte, di soluzioni, ma inizia a produrre pensiero sulle condizioni che rendono il lavoro possibile. Il gruppo sembra assumere una funzione di secondo livello, capace di riflettere non solo sugli oggetti della cura, ma sui dispositivi, sui vincoli e sulle logiche che ne organizzano il senso. Il gruppo inizia quindi a funzionare come un dispositivo che pensa il proprio funzionamento, rendendo pensabili aspetti del lavoro che nei contesti istituzionali restano spesso impliciti o agiti. Diventa così uno specchio in cui le dinamiche istituzionali si rendono visibili in forma concentrata.

Il funzionamento osservato può essere letto alla luce di quanto Bion (1961) descrive come oscillazione tra gruppo di lavoro e funzionamenti difensivi. Nei momenti in cui il gruppo riesce a tollerare l'incertezza e a mantenere aperto il confronto, il pensiero si sviluppa e le differenze diventano risorsa. Nei momenti in cui l'ansia aumenta, emergono invece tentativi di semplificazione, deleghe implicite o irrigidimenti di ruolo, che riducono la complessità ma impoveriscono il campo.

Tale movimento prepara il terreno per le riflessioni successive sul tempo della cura, sul vissuto di impotenza, sulla serializzazione del lavoro e sulla perdita di potere soggettivo delle équipe, che emergeranno come nuclei tematici centrali nelle fasi successive del percorso.

Il tempo della cura e la tenuta delle reti

“Una vita difficile ha bisogno di un tempo più grande di crescita”.

Il caso di una donna di 48 anni, con una lunga esperienza di vita di strada, ha offerto al gruppo l'occasione per approfondire il tema del tempo della cura da una prospettiva clinica e istituzionale. La paziente viene descritta come attraversata da una marcata ambivalenza tra desiderio di cambiamento e coazione a ripetere, oscillando tra momenti di apertura e ricadute. Il gruppo coglie come tale andamento produca una forte sollecitazione emotiva sugli operatori, chiamati a mantenere continuità di intervento di fronte a un oggetto instabile e frammentato.

Nel dialogo emerge la difficoltà di sostenere una visione integrata del caso quando il campo è dominato da oscillazioni e discontinuità. I modelli organizzativi disponibili appaiono spesso più orientati alla gestione dell'emergenza e alla risposta immediata che alla costruzione di percorsi capaci di tenere insieme la complessità nel tempo. Ci si interroga così sulla possibilità, per i servizi, di progettare e sostenere interventi a lungo termine, coerenti con la storia soggettiva dei pazienti, piuttosto che interventi parcellizzati e reattivi.

A partire da questa traiettoria, il gruppo concentra l'attenzione sul tempo come elemento cruciale del lavoro di cura. Nei report emerge come le difficoltà incontrate non riguardino soltanto la complessità clinica o la frammentazione dei servizi, ma chiamino in causa il modo stesso in cui il tempo viene pensato e reso disponibile all'interno delle istituzioni. In particolare, viene osservato come le situazioni di maggiore impasse sembrino coincidere con una compressione dei tempi, che rende difficile sostenere processi graduali e non lineari.

Nel confronto grupale, il tempo non appare come una variabile neutra o meramente organizzativa, ma come una dimensione che incide direttamente sulla possibilità di costruire continuità e legami significativi. I percorsi di cura più complessi richiedono tempi che non possono essere predeterminati a priori né facilmente ricondotti a standard prestazionali. La pressione a “far avanzare” i percorsi secondo scadenze prefissate rischia di entrare in conflitto con i ritmi soggettivi dei pazienti, producendo effetti di forzatura o di ritiro.

Il tema delle reti viene progressivamente riletto alla luce di questa dimensione temporale. Le reti interistituzionali non vengono pensate come semplici sommatorie di risorse, ma come configurazioni relazionali che richiedono tempo per costruirsi e mantenersi. Dai contributi emerge come la tenuta delle reti dipenda meno dalla formalizzazione degli accordi e più dalla possibilità di coltivare relazioni stabili tra operatori, capaci di attraversare passaggi delicati e momenti di regressione senza ricorrere a soluzioni espulsive.

In questa prospettiva, il gruppo stesso sembra aver funzionato come dispositivo capace di produrre un tempo altro rispetto a quello ordinario dell’organizzazione. Lo spazio grupale ha consentito di sospendere l’immediatezza dell’agire e di sostare nell’incertezza, rendendo possibile una rielaborazione condivisa delle esperienze. In questo senso, il gruppo sembra aver funzionato come uno *spazio intermedio* in cui l’esperienza può essere giocata e trasformata, rendendo pensabile ciò che nei contesti operativi tende a rimanere agito (Roussillon, 2010). Il gruppo non si limita così a commentare retrospettivamente i casi, ma introduce una diversa temporalità.

Questa esperienza suggerisce che la possibilità di sostenere percorsi di cura complessi sia strettamente legata alla presenza di spazi in cui il tempo possa essere riarticolato e reso pensabile. Il gruppo, inteso come matrice dinamica relazionale, non solo riflette sui tempi della cura, ma contribuisce attivamente a generarli, offrendo una cornice in cui la continuità e la tenuta dei legami possono essere nuovamente investite

Impotenza, ripetizione e perdita di potere soggettivo nel lavoro di cura

“Sembra sempre di ricominciare da capo”.

Nel dialogo del gruppo, uno dei temi che emerge con maggiore insistenza riguarda il vissuto di impotenza che attraversa il lavoro quotidiano degli operatori nei servizi di cura. Tale impotenza viene inizialmente riferita alle difficoltà incontrate nel modificare il decorso di situazioni cliniche complesse, spesso caratterizzate da ricadute, interruzioni dei percorsi e ritorni ripetuti ai servizi. Nei report ricorre la sensazione di un *fare continuo* che fatica a tra-

dursi in trasformazione: interventi che mantengono una funzione di contenimento senza riuscire ad aprire reali possibilità evolutive. Il lavoro viene descritto come un “*tenere a galla*”, più che come un accompagnare processi di cambiamento. In questa sensazione di ripetizione senza trasformazione è possibile riconoscere un nucleo di “*impotenza appresa*”, intesa come esito di esperienze reiterate di inefficacia percepita, che può irrigidire tanto l’azione quanto l’orizzonte del pensabile (Seligman, 1975).

Proseguendo nel confronto, tuttavia, il gruppo sembra progressivamente spostare il fuoco dall’esito clinico in sé alle condizioni che rendono difficile sostenere un lavoro di cura più articolato. L’impotenza non viene più letta soltanto come fallimento terapeutico, ma come esperienza che investe il senso del lavoro. In questo passaggio, il vissuto individuale degli operatori viene ricondotto a una dimensione più ampia, che chiama in causa il funzionamento complessivo dell’organizzazione e delle équipes. Alcuni partecipanti descrivono la difficoltà di sentirsi realmente agenti del processo di cura, riferendo vissuti di riduzione dei margini decisionali e di trasformazione del proprio ruolo in una funzione prevalentemente esecutiva.

Il gruppo coglie come tale vissuto non abbia un carattere episodico, ma tenda a sedimentarsi nel tempo attraverso una sequenza di micro-frustrazioni quotidiane – proposte respinte, iniziative bloccate, tentativi di cambiamento privi di seguito – diventando parte dell’habitus professionale.

La perdita dell’opportunità di co-costruire i passaggi dell’iter terapeutico non deriva soltanto dalla scarsità di risorse, ma anche dalla difficoltà di trovare spazi di confronto in cui le differenze di posizione possano essere pensate e integrate. Anche l’équipe, intesa come soggetto collettivo, appare indebolita nella propria capacità di pensiero e di azione. Le équipes faticano infatti a costituirsi come unità dotate di una responsabilità condivisa, di una propria identità, e assumono modalità di funzionamento che rispondono in prevalenza a esigenze organizzative frammentate piuttosto che a un progetto di cura unitario.

Ulteriore elemento che contribuisce a tale vissuto riguarda in particolare la gestione delle dimensioni relazionali ed emotive del lavoro di cura. Nel dialogo emerge l’impressione che tali dimensioni non trovino sempre un riconoscimento adeguato nei contesti istituzionali, risultando spesso affidate alla sensibilità individuale più che sostenute da cornici condivise. Questa mancanza sembra rendere più difficile affrontare situazioni che richiedono un investimento emotivo significativo, esponendo gli operatori al rischio di ritiro o di irrigidimento difensivo. Le riflessioni di Bion (1962) sul rapporto tra pensiero e azione offrono una cornice per comprendere come, in assenza di spazi di elaborazione, il lavoro rischi di ridursi a una sequenza di interventi ripetitivi che non prepara al fronteggiamento di situazioni emotivamente intense.

In questo quadro, la percezione di impotenza può assumere il valore di un importante segnale clinico e istituzionale. Il gruppo sembra suggerire che ascoltare e riconoscere tale vissuto, piuttosto che neutralizzarlo o farsene carico individualmente, possa aprire uno spazio di interrogazione sulle condizioni che rendono possibile una diversa opportunità partecipativa. È su questo sfondo che si prepara il passaggio alle riflessioni successive sulla serializzazione del lavoro.

Serializzazione del lavoro, frammentazione delle funzioni e perdita di senso

“Ognuno fa il suo pezzetto, ma il quadro non si vede”.

Nel dialogo del gruppo, il vissuto di impotenza si intreccia progressivamente con una riflessione sull'organizzazione del lavoro. Nei report degli incontri, diversi partecipanti descrivono il proprio agire quotidiano come inserito in una sequenza di compiti e adempimenti che si susseguono rapidamente, lasciando poco spazio alla possibilità di sostare sulle situazioni e di costruire una visione d'insieme dei percorsi di cura.

Il gruppo rileva come tale modalità operativa possa essere in qualche misura sostenuta da una saldatura sempre più stretta tra modelli medico-naturalistici, basati sull'evidenza, e criteri di managerialità aziendale. Saldatura che comporta, per intrinseche caratteristiche dei modelli da cui prende origine, la scomposizione della complessità di cura in atti tecnici discreti, misurabili, singolarmente assegnati a singole figure professionali. Il proprio intervento viene vissuto come definito più da ciò che deve essere fatto che da ciò che si sta cercando di costruire insieme ad altri. Il percorso terapeutico tende così a essere serializzato in prestazioni standardizzate e l'attenzione si sposta dal processo alla procedura, con un impoverimento complessivo del campo terapeutico e una crescente difficoltà a trasformare l'esperienza in pensiero. Come osserva Fasolo (2009), quando il lavoro di cura viene frammentato in atti seriali, il gruppo perde la funzione di contenitore simbolico e si riduce a dispositivo operativo.

Di ciò ne risente anche la continuità della presa in carico. Viene sostituita da una successione di azioni puntuali, spesso non sufficientemente coordinate, la cui sinergia e senso complessivo rischiano di perdersi, inducendo il paziente stesso a un tentativo autonomo di ricomposizione.

Da un punto di vista gruppoanalitico, il gruppo osserva come la serializzazione del lavoro ostacoli la possibilità di costituire un apparato di pensiero condiviso. Quando le attività vengono concepite come prestazioni accostate

tra loro, la matrice del gruppo tende infatti a ridursi a una rete funzionale orientata allo scambio di informazioni, alla gestione delle priorità, a tutto ciò che – nella propria concretezza – assuma valore di irrinunciabilità, più che alla costruzione condivisa di significato. Costruzione che, nel confronto con questa modalità pragmatica di agire, può assumere la veste di qualcosa di poco sostanziale, comunque demandabile e rinviabile a diversi e separati contesti in cui possano realizzarsi differenti opportunità di pensiero e d'intervento. In questo senso, la serializzazione non appare soltanto come una delle diverse possibili modalità organizzative, ma come un fattore che contribuisce alla perdita di senso del lavoro di cura, all'indebolimento della funzione gruppale e della qualità complessiva degli interventi.

Confini professionali, gerarchie dei saperi ed egemonia del modello medico

“Quando c'è urgenza, certe voci spariscono”.

Un passaggio significativo nel percorso del gruppo si colloca nell'incontro di febbraio 2023, quando un infermiere porta un episodio di conflitto interprofessionale. L'evento riguarda un intervento di counseling effettuato con un paziente in crisi nello studio di una psicologa assente, successivamente criticato dalla collega sia sul piano metodologico sia rispetto al setting. Questo episodio diventa catalizzatore di una riflessione più ampia sui confini professionali, mettendo in luce come essi non siano semplici delimitazioni tecniche, ma elementi centrali nella costruzione dell'identità professionale e del funzionamento dell'équipe.

Nel dialogo che segue, il gruppo evita una lettura schierata dell'episodio, interrogandosi piuttosto sulle condizioni che rendono possibili sovrapposizioni, fraintendimenti e vissuti di invasione.

L'iperspecializzazione delle figure professionali, pur finalizzata alla tutela delle competenze, viene riconosciuta come potenziale ragione di irrigidimenti e frammentazioni, soprattutto in assenza di una cornice condivisa di riconoscimento reciproco. L'episodio individuale assume così una funzione di risonanza gruppale, rendendo visibili tensioni, latenti ma, spesso presenti nei contesti di lavoro.

Da una prospettiva gruppoanalitica, i confini professionali possono essere pensati come dispositivi di protezione necessari, ma anche come difese contro l'angoscia di confusione e di perdita di identità. In assenza di una cornice gruppale sufficientemente condivisa, le diverse appartenenze professionali rischiano di entrare in collisione, generando ambiguità e conflitti che eccedono la questione delle competenze formali.

In questa direzione, le riflessioni di Didier Anzieu (1985) sulla funzione dell'*Io-pelle* offrono una chiave di lettura utile per comprendere il significato emotivo dei confini professionali. Così come l'*Io-pelle* svolge una funzione di contenimento e di delimitazione dell'esperienza psichica individuale, i confini tra le professioni possono essere pensati come dispositivi simbolici che proteggono l'identità e rendono tollerabile l'incontro con l'altro. Quando tali confini risultano fragili o non sufficientemente sostenuti da una cornice gruppale condivisa, emergono vissuti di invasione, confusione o svalutazione, che tendono a tradursi in irrigidimenti difensivi o conflitti interprofessionali.

Con il procedere degli incontri, emerge come tali difficoltà non possano essere ricondotte esclusivamente a problemi di comunicazione o di chiarificazione dei ruoli. In diversi passaggi affiora la percezione di una gerarchia implicita dei saperi che orienta il riconoscimento delle competenze e la distribuzione del potere decisionale. In situazioni di incertezza o di urgenza, il gruppo osserva come le decisioni tendano a convergere rapidamente verso un riferimento medico, mentre altri contribuiti faticano a trovare spazio e continuità.

Una dinamica analoga è stata descritta anche nella riflessione gruppoanalitica sui servizi, dove l'asimmetria tra i saperi tende a riprodursi come organizzatore implicito dei processi decisionali e della cooperazione tra ruoli (Fasolo, 2009).

Questa centralità del modello medico-naturalistico non viene letta come effetto di una volontà individuale, ma come espressione di un assetto istituzionale che privilegia linguaggi e dispositivi percepiti come più difendibili, comunicabili e gestibili. Tuttavia, il gruppo riflette sugli effetti collaterali di tale egemonia, segnalando come l'orientamento prevalente alla classificazione diagnostica e alla riduzione sintomatica, tenda a lasciare sullo sfondo dimensioni fondamentali della sofferenza psichica, legate alla storia soggettiva e al contesto relazionale.

A partire da queste premesse, ulteriore componente di rinforzo ai fenomeni già descritti, viene nominato anche l'irrigidimento normativo costituito da sempre più pressanti esigenze di tutela medico-legale: l'aderenza a protocolli oggettivabili e replicabili si costituisce come elemento di salvaguardia rispetto a possibili attribuzioni di colpa per condotte non conformi. I margini di soggettiva e consapevole personalizzazione degli interventi e delle scelte professionali, si può in questo senso immaginare, diventino sempre meno agibili, sempre più misurati e tutelati.

In questo quadro generale, i confini professionali si rivelano in maniera più chiara in quanto costruzioni simboliche storicamente sovradeterminate, che riflettono non solo differenze di competenza, ma anche rapporti di potere e gerarchie di sapere. Laddove un solo paradigma tenda a organizzare il

campo, le altre professionalità rischiano di essere collocate in posizioni complementari o ancillari, più che entro un reale dialogo tra differenze.

A questo proposito il gruppo sembra una volta in più evidenziare che il nodo critico non risieda però nell'esistenza dei confini in quanto tali, ma nella possibilità di renderli pensabili e negoziabili all'interno di una preesistente matrice di riconoscimento reciproco.

La riflessione sui confini si intreccia così con quella sulla serializzazione del lavoro e sulla perdita di potere soggettivo delle équipes. Il gruppo di studio ha funzionato come spazio in cui tali gerarchie potevano essere rese visibili e interrogate, consentendo una lettura dei confini non come dati naturali e acquisiti a priori, ma come effetti di specifici assetti istituzionali che orientano, spesso implicitamente, il lavoro di cura.

La leadership relazionale e il problema del coordinamento

“Chi si prende cura del gruppo che cura?”.

Nel percorso del gruppo, il tema del coordinamento emerge progressivamente come nodo critico del lavoro interprofessionale. Nei report degli incontri, le figure di coordinamento e i ruoli apicali vengono descritti come schiacciati tra richieste contrapposte e spesso privi di strumenti adeguati a poter sostenere il funzionamento del gruppo.

Il gruppo in un certo senso segnala la mancanza di una “funzione paterna” in grado di fornire contenimento e direzione. Un'infermiera che lavora in carcere osserva: “Sarebbe importante avere una guida ferma, ma abbiamo capito che non c'era nessuno a prendere in mano la situazione”. Questa assenza richiama quanto descritto da Correale (1999) riguardo alla crisi della funzione direttiva nelle istituzioni contemporanee: non più padri-patroni autoritari, ma nemmeno figure capaci di esercitare un'autorità basata sulle proprie specifiche competenze, sulla credibilità e sulla capacità di contenere le tensioni emotive del gruppo.

Le figure apicali sono infatti condizionate dall'esercizio di un ulteriore e talvolta più pressante ruolo di garanzia: quello di controllo e ottimizzazione dei processi di sistematizzazione, dovendo adeguarsi a logiche amministrative quantitative e di efficienza produttiva. Trovandosi con ciò a mediare rispetto al diverso ruolo, essenziale per il gruppo curante, di primi garanti clinici delle esigenze connesse con le peculiarità professionali delle proprie équipes. Équipe che rischiano di rimanere poco “*garantite*”, non sufficientemente considerate nelle proprie specificità di lavoro – specificità cui dovrebbero corrispondere peculiari dispositivi e modelli d'intervento – e consegnate

senza sufficienti adeguamenti, ai prototipi organizzativi generali della medicina. D'altra parte, la presenza di una figura di garante e di coordinamento implica, da un punto di vista psicoanalitico, una funzione di contenimento e di mediazione che consente al gruppo di trasformare tensioni e conflitti in materiale pensabile. In assenza o carenza di tale funzione, il disagio tende invece a essere agito attraverso frammentazioni, irrigidimenti o ritiri difensivi. Il gruppo osserva infatti come la mancanza di una leadership relazionale favorisca processi di isolamento e di dispersione delle responsabilità, indebolendo la capacità dell'équipe di funzionare e assumere una vitale agibilità decisionale come soggetto collettivo.

In questo senso, la domanda: "Chi si prende cura del gruppo che cura" assume un valore strutturale. Una leadership impegnata in prevalenza nella gestione delle procedure lascia scoperta la dimensione emotiva del lavoro, con ricadute dirette sulla qualità della cura e sulla tenuta degli operatori. In questa direzione, la funzione di coordinamento può essere letta anche come sostegno alla capacità del gruppo nel mantenere una posizione riflessiva, analoga a ciò che in altri contesti clinici viene descritto come funzione mentalizzante (Bateman e Fonagy, 2016). Una funzione di coordinamento capace di sostenere il pensiero condiviso rappresenta quindi una condizione essenziale per la sostenibilità del lavoro interprofessionale.

Razionalità manageriale, cultura della quantificazione ed empowerment

"Se non entra nei numeri, è come se non esistesse".

Nel dialogo del gruppo, le questioni organizzative e gestionali emergono progressivamente come cornice determinante del lavoro di cura. I partecipanti segnalano la sensazione che il valore dell'intervento venga riconosciuto prevalentemente attraverso indicatori quantitativi – numero di prestazioni, tempi di risposta, adempimenti formali – piuttosto che in relazione alla qualità dei processi attivati.

Queste osservazioni non si configurano come rifiuto della necessità di governare risorse limitate, ma come interrogativo sugli effetti di una cultura della quantificazione quando diventa criterio prevalente di legittimazione. Il gruppo segnala la difficoltà di sostenere interventi che richiedono tempo, continuità e investimento relazionale, ma che faticano a trovare riconoscimento in quanto non immediatamente traducibili in dati misurabili. Ciò che non "entra nei numeri" tende a essere percepito come marginale o residuale. Le scelte organizzative vengono giustificate prevalentemente attraverso criteri di produttività, sostenibilità e controllo, favorendo interventi che produ-

cono evidenze rapide e comunicabili. Allo stesso tempo, i saperi e le pratiche che lavorano sulla complessità dei processi psichici e relazionali, pur non essendo formalmente esclusi, faticano a trovare collocazione e risorse.

Questo spostamento contribuisce a rafforzare un modello di governo della cura in cui la quantificazione diventa criterio implicito di verità, mentre le dimensioni qualitative restano sullo sfondo.

In questa prospettiva, la razionalità manageriale appare non soltanto come insieme di strumenti di gestione, ma come assetto simbolico che orienta ciò che può essere pensato e riconosciuto come rilevante. Come osserva Siebert (2005), le istituzioni che curano producono inevitabilmente effetti sul modo stesso di concepire la cura, rendendo necessario interrogarsi non solo su ciò che viene fatto, ma sul tipo di soggettività che l'organizzazione contribuisce a generare. A partire da queste osservazioni, diventa possibile interrogare il nesso tra organizzazione del lavoro e soggettività.

Le considerazioni emerse nel gruppo trovano risonanza in quelle prospettive teoriche che mettono in luce come i dispositivi istituzionali non si limitino a regolare l'agire, ma concorrano a definire ciò che può essere pensato, detto e agito dai soggetti che vi operano. In questa chiave, la perdita di potere decisionale e di autonomia professionale non appare come semplice effetto della scarsità di risorse, ma come esito coerente di un modello che privilegia la governabilità dei processi.

In questa prospettiva, la sensazione di impotenza descritta dagli operatori può essere letta come segnale di una frattura tra le richieste dell'organizzazione e il bisogno di senso che attraversa il lavoro di cura.

È a partire da questa tensione che il gruppo coglie un parallelo tra la condizione degli operatori e quella dei pazienti, entrambi esposti al rischio di una passivizzazione.

Così come il lavoro degli operatori viene descritto come inscritto in sequenze passivizzanti, anche i percorsi di cura appaiono infatti spesso fortemente standardizzati, con margini ridotti di scelta e di negoziazione. Questo parallelismo non viene proposto come sovrapposizione o aggravamento dei fenomeni, ma come analogia strutturale prodotta da uno stesso campo istituzionale.

Il termine *empowerment*, ampiamente utilizzato nel lessico istituzionale, appare segnato da una tensione interna. Il gruppo segnala uno scarto tra le dichiarazioni che valorizzano autonomia e partecipazione e l'esperienza concreta di dispositivi che lasciano poco spazio all'iniziativa soggettiva. Ne deriva una configurazione paradossale, in cui viene richiesta responsabilità senza reale potere decisionale, autonomia senza possibilità di incidere, partecipazione senza effettiva co-costruzione.

Il gruppo sembra così suggerire che l'empowerment non possa essere pensato come attributo individuale da promuovere ma, più realisticamente, come effetto di un contesto capace di riconoscere e sostenere la soggettività a tutti i livelli. Laddove la razionalità manageriale tende a occupare l'intero campo, senza essere bilanciata da spazi di riflessione e simbolizzazione, tanto l'operatore quanto il paziente rischiano di essere collocati in posizioni prevalentemente recettive. In questo senso, la questione non può certo essere indirizzata verso l'abbandono di criteri pensati e preordinati di gestione, bensì verso la possibilità di integrarli in assetti istituzionali che mantengano aperto lo spazio del pensabile e del condivisibile.

Conclusioni

Nel suo insieme, l'esperienza del gruppo di studio sull'interprofessionalità conferma l'intuizione di Foulkes secondo cui il piccolo gruppo può funzionare come un laboratorio privilegiato per l'elaborazione di modalità relazionali trasformative. Il gruppo ha progressivamente assunto la funzione di spazio di pensiero sull'esperienza professionale, consentendo ai partecipanti di contenere e trasformare le angosce connesse al lavoro di cura, di sviluppare una funzione riflessiva e di sperimentare modalità di comunicazione interprofessionale meno difensive.

L'esperienza consente di formulare una tesi centrale: le difficoltà del lavoro interprofessionale non possono essere comprese né affrontate esclusivamente sul piano organizzativo o tecnico, ma richiedono una riflessione sulla matrice gruppale, relazionale e istituzionale che sostiene il lavoro nei servizi. I conflitti sui confini professionali, lungi dall'essere meri problemi procedurali, rivelano angosce identitarie profonde e meccanismi difensivi attivati contro la confusione, la frammentazione e la perdita di senso.

In questa prospettiva, il *burnout* non appare tanto come una patologia individuale ma come il sintomo di una sofferenza della matrice istituzionale. Questa lettura, pur spostando il fuoco dal singolo alla matrice, resta compatibile con l'idea che il burnout si produca all'intersezione tra richieste del contesto e risorse disponibili, quando l'organizzazione del lavoro rende difficile mantenere senso e riconoscimento (Maslach e Leiter, 2016). Fenomeni come il disinvestimento emotivo o il cosiddetto *quiet quitting* possono essere letti non solo come segnali di ritiro, ma anche come tentativi difensivi di preservare una quota soggettiva di valorizzazione di sé.

Il dispositivo gruppale si configura così come uno spazio intermedio tra individuo e istituzione, capace di funzionare come una membrana che filtra,

traduce e rende pensabili le pressioni organizzative. Si tenga conto per altro che la natura di un gruppo di studio, come nel caso in esame, consente un tipo di elaborazione e lettura dei fenomeni diversa da quella di un gruppo di lavoro interno all'istituzione. Nel nostro caso "il gruppo ri-pensa il gruppo" da un vertice di osservazione allo stesso tempo più limitato e privilegiato di quello di un gruppo di lavoro. Un vertice che ha quindi consentito riflessioni e considerazioni verosimilmente dissimili da quelle che potevano scaturire da altri contesti di confronto. Il gruppo ha lavorato come un gruppo operativo nel senso di Pichon-Rivière (1971), centrato su un compito esplicito – pensare l'interprofessionalità – e al contempo attento ai processi emotivi che attraversano il campo. La co-conduzione psichiatra-psicologa ha reso possibile tenere insieme dimensioni cliniche e organizzative, mostrando come la conduzione interprofessionale non sia una questione formale, ma una vantaggiosa pratica relazionale.

Ne emerge che l'attenzione alle dinamiche emotive tra operatori rappresenta una condizione essenziale per sostenere relazioni di cura trasformative. La capacità dell'équipe di tollerare e trasformare la propria complessità interna si riflette direttamente sulla possibilità di comprendere e contenere la complessità del paziente.

Il gruppo si configura così come luogo privilegiato di produzione di pensiero, capace di trasformare la frammentazione in significato e di restituire continuità a esperienze altrimenti disperse. Il gruppo, in una configurazione in cui è l'interesse comune verso l'argomento a funzionare da movente fondativo ed elemento di coesione, diventa al tempo stesso *metafora* di un'istituzione capace di riflettere su se stessa e opportunità per resistere a una più generale tendenza a una interpretazione riduttiva delle complessità.

Resta aperta la questione della generatività verso l'esterno. Da questo punto di vista il carattere volontario e autoselezionato del gruppo rappresenta un limite dell'esperienza, ma al tempo stesso pone la questione di come dispositivi analoghi possano essere riconosciuti e sostenuti in modo strutturale all'interno di istituzioni. Prospettandosi, sotto questo profilo, un dialogo allargato a tematiche più complesse, di egemonia politica e culturale.

In conclusione, l'esperienza conferma che la gruppoanalisi offre strumenti preziosi per pensare e trasformare il lavoro nei servizi sociosanitari. Il gruppo di studio sull'interprofessionalità si configura come un analizzatore, nel senso dell'analisi istituzionale (Lapassade, 1971), capace di rendere visibili le contraddizioni e le potenzialità del sistema. Prendersi cura degli altri implica necessariamente prendersi cura delle relazioni professionali e dell'ambiente istituzionale che le rende possibili.

Riferimenti bibliografici

- Anzieu D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris: Dunod (trad. it.: *L'Io-pelle*. Roma: Borla, 1992).
- Balint M. (1957). *The Doctor, His Patient and the Illness*. London: Tavistock (trad. it.: *Medico, paziente e malattia*. Milano: Feltrinelli, 1970).
- Bateman A.W. e Fonagy P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bion W.R. (1961). *Experiences in Groups*. London: Tavistock (trad. it.: *Esperienze nei gruppi*. Roma: Armando, 1971).
- Bion W.R. (1962). *Learning from Experience*. London: Heinemann (trad. it.: *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando, 1972).
- Bleger J. (1966). Psicoanalisi del setting. *Rivista di Psicoanalisi*, 12, 241-258 (trad. it.: *Psicoanalisi del setting e altre opere*. Roma: Borla, 1989).
- Correale A. (1991). *Il campo istituzionale*. Roma: Borla.
- Correale A. (1999). *Gruppi e istituzioni*. Roma: Borla.
- Correale A. (2000). *La dimensione gruppale della cura*. Roma: Borla.
- Fasolo F. (2009). *Gruppoanalisi e salute mentale*. Padova: CLEUP.
- Esposito R. (2010). *Communitas. Origine e destino della comunità*. Torino: Einaudi.
- Esposito R. (2012). *Immunitas. Protezione e negazione della vita*. Torino: Einaudi.
- Foulkes S.H. (1975). *Group Analytic Psychotherapy: Method and Principles*. London: Karnac (trad. it.: *Psicoterapia gruppoanalitica*. Roma: Astrolabio, 1986).
- Kaës R. (1976). *L'appareil psychique groupal*. Paris: Dunod (trad. it.: *L'apparato psichico gruppale*. Roma: Borla, 1993).
- Kaës R. (1987). *Le malêtre*. Paris: Dunod (trad. it.: *Il disagio*. Roma: Borla, 1995).
- Kaës R. (2007). *Les alliances inconscientes*. Paris: Dunod (trad. it.: *Le alleanze inconsce. Legami, patti e processi psichici*. Roma: Borla, 2011).
- Lapassade G. (1971). *L'analyseur et l'analyste*. Paris: Gauthier-Villars (trad. it.: *L'analizzatore e l'analisi istituzionale*. Milano: FrancoAngeli, 1974).
- Maslach C. e Leiter M.P. (2016). *Burnout*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Neri C. (2004). *Gruppo*. Roma: Borla.
- Neri C. (2017). *La funzione del gruppo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Pichon-Rivière E. (1971). *El proceso grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión (trad. it.: *Il processo gruppale*. Milano: FrancoAngeli, 1985).
- Rapp C.A. e Goscha R.J. (2012). *The Strengths Model: A Recovery-Oriented Approach to Mental Health Services*. Oxford: Oxford University Press.
- Roussillon R. (2010). *Le jeu et l'entre-je(u)*. Paris: PUF (trad. it.: *Il gioco e lo spazio potenziale*. Roma: Borla, 2014).
- Seligman M.E.P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: Freeman.
- Siebert R. (2005). *Le istituzioni che curano*. Milano: FrancoAngeli.