

# Supervisione di tre P.T.R.I complessi centrata sulla valutazione della distribuzione del potere contrattuale fra tutti i soggetti implicati

## Autori

Andrea Bencini<sup>1</sup>, Laura Cimminiello<sup>1</sup>, Maria Serena Mian<sup>1</sup>, Paolo Ardito<sup>2</sup>

1 Psichiatra asl toscana centro UFSMA nord-ovest-SOS 6

2 Psichiatra già specialista convenz. interno ASL Area Pratese

---

## Abstract

There is a component that characterizes every human relationship (from individual to individual, from individual to community, from community to community). This component is represented by the way the bargaining power is distributed within a relationship. This distribution constitutes a key variable for the evolution and outcome of a relationship. The main tool of every rehab and care plan is the relationship and it implies the unspoken drafting of an arrangement, a bargain. Hence, it will be influenced by – and subject to – what we may call “bargaining power” flows. It is upon this principle that we have based a monitoring experience involving three individual therapeutical-rehab projects within the Adult Mental Healthcare Functional Unit of Campi Bisenzio. Healthcare professionals have tried to evaluate the distribution of the bargaining power among all individuals involved in each project. They have therefore identified a strategy suitable for correcting anomalies in such distribution. Finally, they have tried to assess the fallout of such approach on the evolution of each project, acquiring better knowledge of how they themselves could benefit from such power and of how they could use it in the right way.

---

## Riassunto

Esiste una componente che caratterizza ogni relazione umana (tra soggetti singoli, tra singoli e una collettività, tra collettività). Questa componente è rappresentata dal modo in cui si distribuisce il potere contrattuale all'interno della relazione. Questa distribuzione rappresenta una variabile determinante per quanto riguarda l'andamento e l'esito della relazione stessa. Ogni progetto di cura o di riabilitazione ha come strumento fondamentale la relazione, e implica la tacita stipula di un accordo, di un contratto. Sarà pertanto soggetto e condizionato da quelli che sono definibili flussi di potere contrattuale. Questo principio ha ispirato una esperienza di supervisione dedicata a tre progetti terapeutico riabilitativi individuali all'interno della Unità Funzionale Salute Mentale Adulti di Campi Bisenzio. Gli operatori hanno cercato di valutare la distribuzione del potere contrattuale tra tutti i soggetti coinvolti nei singoli progetti. Quindi hanno individuato strategie idonee a correggere le anomalie in tale distribuzione. Ed infine hanno cercato di valutare la ricaduta di tale operazione sull'andamento dei singoli progetti. Prendendo maggior consapevolezza del potere di cui loro stessi potevano usufruire e di come potevano farne un uso virtuoso.

---

## PRESENTAZIONE

### Premessa

Intraprendere oggi una esperienza di supervisione che riguardi la conduzione di progetti terapeutico riabilitativi complessi, non significa rifarsi ai modelli che hanno ispirato per molti anni queste procedure.

La scommessa deve essere diversa. Ed è innanzitutto quella di saper suscitare una opportuna, virtuosa curiosità e di proporre una chiave di monitoraggio "altra". Un approccio insolito ma pertinente. Rispetto al quale nessuno sia depositario di competenze straordinarie. Dove le competenze possano essere sviluppate ed esercitate in corso d'opera. Collettivamente.

Nel nostro caso la proposta è stata quella di eleggere a "variabile pilota" l'andamento e la distribuzione del potere contrattuale fra tutti coloro che, a vario titolo, partecipavano al progetto territoriale oggetto della supervisione: pazienti, medici, infermieri, familiari, assistenti sociali, psicologi, altri ed eventuali...

Potere Contrattuale: Cosa abbiamo voluto significare con tale termine?

Ogni qualvolta due o più individui si incontrano e, a qualsiasi titolo, stabiliscono una relazione, avverrà che più o meno precocemente, ognuno dei convenuti si troverà a disporre della possibilità di far valere il peso della propria presenza (potere contrattuale) all'interno della relazione stessa. Sarà pertanto diversa la possibilità che ciascuno avrà di imprimere all'andamento del gioco un assetto e un andamento compatibile con le sue priorità o finalità. Vi sarà chi tenderà a porsi come leader e chi dovrà o preferirà assoggettarsi a posizioni di subalternità. Minore sarà, in questo senso, il divario tra le posizioni dei soggetti coinvolti, (ovvero più equilibrata sarà la distribuzione del potere contrattuale) maggiore sarà la possibilità che la relazione funzioni adeguatamente. Che si prospetti una relazione "sana" e funzionale. Per contro una relazione fortemente sbilanciata è trasversalmente alla base di relazioni disfunzionali... "malate"... prevaricatorie... Ad esempio mobbing lavorativo, bullismo scolastico, molestie sessuali, eventuali abusi di potere ad opera di tutori dell'ordine, mancato rispetto del consenso informato in ambito sanitario...

Quindi, il sillogismo che ha ispirato il percorso della supervisione sarebbe il seguente

- A. PREMESSA MAGGIORE. La distribuzione del potere contrattuale tra soggetti coinvolti in una qualsiasi relazione, rappresenta una variabile fondamentale nell'andamento della relazione stessa.
- B. PREMESSA MINORE. Un progetto terapeutico riabilitativo Multiprofessionale è centrato su una relazione complessa cui partecipano a vario titolo più soggetti. (La relazione terapeutica è infatti soltanto un aspetto particolare del campo dei rapporti interpersonali. Carl R. Rogers)
- C. CONCLUSIONE. La distribuzione del potere contrattuale tra i soggetti coinvolti in una relazione terapeutica, e l'andamento di tale distribuzione, rappresentano indicatori che possono pesare in modo determinante sullo svolgimento e sul buon esito del progetto stesso

Il postulato che sottende il nostro approccio è quello per il quale una distribuzione non armonica e non flessibile del potere contrattuale all'interno di qualsiasi relazione umana pone le premesse per inevitabili distorsioni e per sviluppi perniciosi. Nel nostro caso innescando o aggravando, perpetuandola, la sofferenza psichica.

PERCHÈ, QUINDI, SCEGLIERE IL POTERE CONTRATTUALE come chiave di lettura e di monitoraggio?

**A) Perché il "potere contrattuale" rappresenta una componente che caratterizza ogni relazione umana** (tra soggetti singoli, tra singoli e collettività, tra collettività) Perché la sua distribuzione rappresenta una variabile determinante per quanto riguarda l'andamento e l'esito di ogni relazione. Si tratta di un elemento trasversale e fondante rispetto a quelle che sono le relazioni umane.

E una distribuzione del potere contrattuale fortemente sbilanciata rappresenta una condizione a rischio di distorsioni, abusi, derive, sofferenze. Un buon equilibrio dinamico del potere contrattuale risulterà per contro un buon predittore della efficacia della relazione.

Lo sbilanciamento del potere contrattuale pone motivi di criticità anche quando riguarda le relazioni tra gruppi di soggetti. Quando ad un gruppo, che si trova in una condizione di diversità per ragioni, economiche, politiche, religiose, etniche viene negato ogni potere, allora si assiste alla degenerazione dei rapporti: terrorismo, irredentismo esasperato, persecuzioni...

**B) Perché la relazione terapeutica non sfugge a questa categoria di fenomeni.** Sia che ci troviamo di fronte a relazioni terapeutiche "uno ad uno", sia che ci troviamo di fronte a relazioni terapeutiche complesse. Ovvero relazioni cui concorrono più soggetti a titolo estremamente differenziato. I trattamenti e le prese in carico posti in essere nei progetti che i servizi territoriali intraprendono correntemente, necessitano di una permanente sorveglianza rispetto a ciò che avviene, a ciò che si propone. Agli atteggiamenti che in un clima di reciprocità si assumono. Questo non può avvenire

proficuamente se la relazione si instaura senza che si percepisca la necessità di agire all'interno di un implicito **contratto**. È a queste condizioni che è possibile gestire le dinamiche, spesso vigorose, che si vengono a creare. La problematica è diventata di estrema attualità ed investe ogni ambito medico: **Terapia Centrata sul Cliente**. Il termine terapia centrata sul cliente investe, oggi, ogni ambito dell'agire medico. Ma è tutt'altro che una invenzione recente. In "Psicoterapia e Relazioni Umane", nella metà del secolo scorso, Carl R. Rogers, coniò il termine **Client Centered**. Affermando che "...la relazione terapeutica è infatti soltanto un aspetto particolare del campo dei rapporti interpersonali..."(1) Risultava già allora che il terapeuta in senso lato, e lo psicoterapeuta in modo particolare, troppo spesso finivano per esercitare, non rendendosi sufficientemente conto, un eccessivo **potere** ed ascendente sul proprio paziente. In questo senso la mancata consapevolezza "...dei propri rapporti di **potere**, di dominazione, di seduzione..." comporterebbe la necessità (per i professionisti) più che di una formazione, di un trattamento vero e proprio. Così sostiene Oliver Cotinaud in "Dinamica di gruppo e analisi delle Istituzioni"(2). In questo senso risulta particolarmente pertinente l'esortazione a tener conto di questa variabile (potere) nella conduzione di percorsi di cura: lasciare il paziente in una condizione di impotenza contrattuale lo induce a non abbandonare il suo asserragliarsi nella malattia mentale. Unica condizione, quella della malattia, che in qualche misura torna paradossalmente a dargli un peso, un ruolo, una voce.

**C) Perché nella complessa genesi e cronicizzazione del disturbo mentale la perdita del potere contrattuale gioca un ruolo spesso determinante.** In modo ricorrente, nella biografia di chi avanza sulla strada della grave sofferenza mentale, riscontriamo episodi o condizioni che lo hanno portato ad una progressiva riduzione della propria "visibilità" sociale. Lo hanno posto in una condizione di irrilevanza all'interno del proprio mondo relazionale. Di fronte alla prospettiva di scomparire agli occhi del mondo, il dare fuori di testa, il sovvertire i codici di pensiero e di comportamento, il crearsi una diversa realtà di riferimento, può diventare l'unica alternativa da percorrere. E difficile da abbandonare. A quel punto, paradossalmente, si **recupera potere** solo attraverso il provocare sconcerto, scandalo, pietà, ilarità, paura... Difficilmente il soggetto abbandonerà questa strada se non gli verrà credibilmente offerta una alternativa. Una alternativa che gli dia la possibilità di avere di nuovo voce in capitolo.

**D) Perché parlare di potere contrattuale ha senso solo se si è avuto cura di attivare un vero contratto terapeutico.** Infatti, solo a patto che sussista un "contratto" assumono senso parole come Privacy, Consenso Informato...

---

## MATERIALI E METODI

Alla Supervisione partecipano gli operatori di ogni professionalità che lavorano presso il Servizio Psichiatrico territoriale della UF SMA della Azienda USL di Campi Bisenzio. (Ad ogni incontro hanno partecipato complessivamente 20/25 operatori). Per un totale di sei incontri della durata di poco meno di quattro ore l'uno.

Sono stati identificati tre Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali. Ogni singolo caso clinico è stato preso in considerazione, due volte:

- Primo incontro. Nel primo incontro è avvenuta la presentazione del singolo progetto con il contributo di tutti i referenti. La finalità non è mai stata quella di soffermarci a valutare in modo precipuo gli aspetti tecnici dell'intervento (farmacologici, assistenziali, psicoterapeutici, ecc...). Ma di esercitarci a disegnare la mappa delle aree di potere e le figure che in varia misura lo detenevano (paziente, familiari, varie professionalità, gruppo curante nel suo complesso). Così da poter riflettere sulla possibilità che tale distribuzione potesse essere disfunzionale rispetto al buon andamento del processo. Su quale fosse la natura di eventuali squilibri. Su quali strategie potessero essere poste in atto per apportare correzioni. Questa preliminare fotografia rappresenta così un buon pretesto per "incuriosire" e monitorare, con uno sguardo diverso, l'andamento del progetto. Agevola quindi la possibilità di rendere attendibile il confronto con il quadro che si presenterà nel successivo incontro di follow up.
- secondo incontro (Follow Up). Ognuno dei tre casi è stato oggetto di un secondo incontro a distanza di circa sei mesi rispetto alla prima valutazione. La verifica ha cercato di registrare i cambiamenti in relazione a quanto era stato auspicato alla conclusione del primo incontro. Si è cercato di capire la natura dei cambiamenti, la loro ricaduta sull'andamento del percorso, la correlazione tra il lavoro fatto sulla redistribuzione del potere dei singoli e dei gruppi e il nuovo clima relazionale. Si è cercato di capire in quale misura la sorveglianza di questo nuovo parametro aveva

rappresentato uno strumento utile per la completezza della osservazione, *per rinverdire la tensione operativa, per sollecitare il confronto tra i responsabili del percorso.*

## SUPERVISIONE DEI TRE CASI PIANI TRAPEUTICI O RIABILITATIVI INDIVIDUALI E RISULTATI IN SINTESI

### Primo PTRI: paziente AA

Per l'UFSMA rappresenta un paziente che ha fatto da pochissimo tempo ingresso nel Servizio. Esiste tuttavia la peculiarità legata al fatto che non si tratta di un esordio. **AA** giunge per cambiamento di residenza avendo i genitori acquistato per lui un piccolo appartamento. È stato indirizzato da un altro Servizio che lo ha seguito a lungo con una presa in carico forte. È stato ricoverato due volte in SPDC ed è stato poi inserito in Struttura per un periodo lungo. Data la scarsa capacità di aderire alla terapia è in trattamento con antipsicotici long-acting. I genitori sono separati. È coinvolto un medico, un infermiere, un educatore professionale, l'assistente Sociale. Il paziente, poco più che trentenne autorizzerebbe a pensare alla possibilità di una graduale rimessa in gioco.

#### ASSESSMENT DEL POTERE CONTRATTUALE

Come è distribuito il potere contrattuale?

Se consideriamo il potere complessivo del nucleo familiare possiamo dire che è elevato e che si basa sul fatto che sono tutti e tre dei veterani rispetto alla storia in cui sono coinvolti. Inoltre, pur partendo da posizioni diverse e spesso conflittuali, sono sostanzialmente concordi nel diffidare di ipotesi di intervento nuove. Hanno verificato che le cose possono andare anche peggio e aspirano ad una sostenibile cronicità. Diffidano della propensione che gli operatori sopraggiunti hanno a formulare nuove proposte. Il Servizio quali quote di potere può vantare? Quasi puramente quello d'ufficio che deriva dalla posizione istituzionale.

#### STRATEGIA IPOTIZZATA

La fotografia complessiva definisce una distribuzione sbilanciata delle potenzialità contrattuali. La possibilità di promuovere ipotesi di cambiamento deve pertanto passare attraverso un recupero e un potenziamento delle quote di potere a disposizione del Servizio. Altrimenti è inevitabile subire il prudentiale immobilismo imposto dalla famiglia, nel suo complesso.

Come modificare l'assetto dando per buone queste valutazioni? Il fine che l'Istituzione (nella accezione positiva del termine) guadagni potere può essere ottenuto solo attraverso un programma di accreditamento. L'accREDITamento consiste nell'autorizzare gli interlocutori a ridurre la cautelare diffidenza. Portare loro a percepire, nel tempo, l'affidabilità del rapporto. La non velleità delle proposte. Il fatto di continuare ad esserci e ad avere a cuore. Ridurre così i sentimenti di scetticismo e di timore di cambiamento.

#### INCONTRO DI FOLLOW UP

Sinteticamente: si verifica un effettivo recupero di credibilità e di potere da parte degli operatori. Con ricadute positive. Le rigidità e le diffidenze hanno cessato di alimentare gli atteggiamenti oppositivi. L'infermiere è diventato una figura chiave avendo stipulato un accordo con il paziente centrato anche su una costruttiva complicità. Il loro sodalizio consente di dialogare alla pari con la coppia genitoriale. Secondo modalità equilibrate ed esenti da distruttive simmetrie.

### Secondo PTRI: paziente BB

Il giovane accede al Servizio appartenendo ad una famiglia allargata estremamente ricca di figure atipiche o francamente malate. Pertanto già note ai servizi. Giunge in Italia poco più che adolescente, reduce da una collocazione in una famiglia dove i rapporti sembrano essere stati caratterizzati da tratti di perversione. Con alcune difficoltà a conferire validità agli elementi della anamnesi raccolti attraverso il p. (che in alcuni passaggi parrebbe essere produttore di pseudologia fantastica). Alcuni membri della sua famiglia sono utenti in carico al Servizio. In questo caso abbiamo trovato difficile attribuire le quote del potere contrattuale essendo eccessivamente elevato il numero delle figure coinvolte.

## ASSESSMENT DI UNA PARCELLIZZATA DISTRIBUZIONE DEL POTERE

Il paziente, nel frequentare il Servizio, risulta molto popolare: Sono molteplici gli operatori che a vario titolo lo conoscono e sanno di lui cose che altri non conoscono (compresi coloro che lo avrebbero in carico) egli stesso tende a confidarsi con chi si imbatte. E chi si imbatte in lui non riesce a sottrarsi. Analogamente la madre frequenta il servizio e via via chiede ascolto a figure professionali diverse. Madre e figlio scelgono caso per caso i loro interlocutori. Sviluppano ed alimentano in tal modo uno straordinario potere manipolatorio.

### STRATEGIA FORMULATA

Manca una figura di Manager a cui rimandarlo, sottraendosi alla estemporanea e seduttiva richiesta di ascolto. Cessando di alimentare una malintesa e indiscriminata disponibilità, analogamente dovrebbe essere individuata una figura stabile di riferimento per la madre. Potrebbe essere ipotizzabile una presa in carico da parte della Assistente sociale. A questo punto si individuerebbero le figure istituzionali di riferimento e si ridurrebbe il potere contrattuale eccessivo ed inopportuno che madre e figlio si sono accaparrati.

Non sarebbe male inoltre, data la potenza ma anche l'inconsistenza dei rappresentanti familiari, individuare tra gli zii una figura di riferimento più sana e attendibile.

### FOLLOW UP

Si sono assai ridotte le occasioni di seduttiva manipolazione. I progetti e le proposte si sono ricomposti secondo un razionale non estemporaneo. Gli interlocutori per il giovane e la madre sono stati da tempo individuati e il loro ruolo si è consolidato.

## Terzo PTRI: paziente CC

### CRITICITÀ RILEVATA NEL TENTATIVO DI VALUTARE LA DISTRIBUZIONE DEL POTERE CONTRATTUALE

In questo caso è emersa una specifica difficoltà rispetto alla possibilità di valutare la distribuzione del potere contrattuale. Il potere contrattuale infatti non può essere dato per scontato. Il potere contrattuale implica una condizione preliminare: ovvero il fatto che **vi sia un contratto in atto**. Nel caso di **CC** siamo in una fase così acerba da non aver ancora consentito di porre le basi per una piattaforma contrattuale (più o meno esplicita).

### STRATEGIA IPOTIZZATA

La scommessa è quindi quella di poter arrivare alla nostra verifica di follow-up con una ipotesi di contratto che preveda l'identificazione di un progetto proponibile, delle figure coinvolte, di ipotesi rispetto alle quali possa confluire un consenso condiviso ed "informato". Teniamo presente che un'altra figura autorevole (il magistrato) ha ritenuto di dover intervenire sul potere contrattuale contingentandolo: attraverso lo spostamento della maggiore età a 21 anni. Decisione che ha un peso formale importante ma che non conferisce automaticamente al gruppo curante uno straordinario potere (così come noi lo intenderemmo).

### FOLLOW UP

Si è confermata l'inesistenza di un vero contratto in atto al momento del primo incontro di supervisione. Difficoltà riconducibile:

- All'età anagrafica del titolare, a cavallo tra la minore e la maggiore età. Il tutto ulteriormente complicato dal fatto che nel contempo il magistrato aveva spostato a 21 anni la maggiore età. Difficoltà quindi legata a rendere CC effettivo titolare di un ruolo contrattualmente e legalmente legittimo.
- Alla difficoltà di individuare un obiettivo contrattualmente condivisibile. Infatti la problematica (definita da alcuni, dal punto di vista sindromico, disforia di genere) includeva, in modo confuso, elementi strettamente connessi alla identità sessuale, e ad altri legati ad un disagio francamente psicopatologico.

Da queste considerazioni si stava ripartendo.

## CONCLUSIONI

Aver introdotto questo parametro di valutazione (distribuzione del potere contrattuale) risulta aver avuto ricadute sul piano della formazione professionale, e della costituzione di un "metodo".

Per quanto riguarda la formazione professionale ed il metodo di lavoro annotiamo quanto segue:

- la virtuosa ed implicita conseguenza di questo approccio è stata quella per la quale i vari professionisti sono divenuti anche osservatori di se stessi e del proprio funzionamento come gruppo. In questo senso hanno preso familiarità nel considerare ed osservare come si sviluppava il (proprio) potere contrattuale all'interno delle relazioni. Quale uso loro stessi facessero del potere di cui si trovavano a disporre. E come le circostanze suggerissero così una più consapevole gestione del proprio ruolo. Operazione che comporta il monitoraggio di tutti i flussi di potere all'interno di quel contesto.
- La possibilità di verificare il significato di "potere" all'interno di dinamiche complesse. Della differenza che esiste tra potere istituzionale che deriva dal fatto di esercitare una certa funzione all'interno di una relazione. Potere, questo, che si deve generare attraverso una agire competente e attraverso il dialettico confronto con l'altro. Confronto che prevede il rispetto, non puramente formale, di regole.
- Prendere atto del fatto che modulando questa variabile è possibile orientare il progetto e l'azione in modo condiviso ed efficace al fine di raggiungere determinati obiettivi terapeutici e riabilitativi.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Carl R. Rogers- Psicoterapia e relazioni umane. Pg 196. BORINGHIERI Torino 1970
2. Oliver Cotinaud- Dinamica di gruppo e analisi delle Istituzioni. Pg 129. BORLA Roma 1977