

Francesco Campione

---

LA CAMERA  
DEI DESIDERI  
E DELLE INVENZIONI

*Gestione e umanizzazione  
delle equipe sanitarie  
ad alta criticità*



ARMANDO  
EDITORE

# Sommario

---

<i>Premessa</i>	9
<i>Capitolo primo</i> <b>Costituzione, crisi e ricostruzione delle equipe assistenziali</b>	11
<i>Capitolo secondo</i> <b>Oltre la supervisione psicologica: dilemmi e crisi di un “supervisore seriale”</b>	23
<i>Capitolo terzo</i> <b>L’umanizzazione delle equipe multidisciplinari: modelli a confronto</b>	33
<i>Capitolo quarto</i> <b>Un esempio: l’umanizzazione delle Cure palliative</b>	57
<i>Capitolo quinto</i> <b>La camera dei desideri e delle invenzioni nella casistica delle riunioni d’equipe in hospice</b>	85
<i>Capitolo sesto</i> <b>Riflessioni conclusive</b>	135
<i>Bibliografia e note</i>	153

## Premessa

---

«Il linguaggio “scientifico” tende sempre più a nascondere allusioni e ignoranze dietro una finta chiarezza. Io preferisco disseminare i miei scritti di oscurità e di sfacciate allusioni, sperando di tener vivo lo spirito critico di chi legge».

Anonimo

L'Autore di questo libro ha un'esperienza di più di un quarto di secolo nel campo della gestione psicologica (altrimenti detta “supervisione psicologica”) delle equipe (altrimenti dette team o staff) sanitarie ad alta criticità, ed è arrivato il momento di “fare tesoro” di questa esperienza “donandola”, attraverso una riflessione approfondita, a chi vorrà continuare questa particolare e sempre più necessaria attività clinica e sociale superandone la crisi che attualmente l'affligge.

Nella categoria di “equipe sanitaria ad alta criticità” rientrano tutte le equipe che possono con maggiore frequenza mettere in crisi malati, famiglie e operatori a causa delle scarse percentuali di successi clinici determinate dalle difficoltà di risoluzione soddisfacente dei casi gravi di loro competenza.

Tutte le equipe assistenziali sono suscettibili nei momenti difficili della loro storia di diventare “ad alta criticità” e quindi le analisi e le riflessioni che farò potranno essere applicate a qualsiasi equipe sanitaria.

Se poi si considera che in quanto “gruppi umani” le equipe sanitarie possono essere equiparate a qualsiasi equipe lavorativa (scolastica,

aziendale, sportiva, etc.), i processi di “umanizzazione” che riguardano le equipe sanitarie potranno essere euristicamente utili (fatte salve le specificità) per le forme più disparate del lavoro di gruppo.

Nelle storie delle equipe che ho seguito nel corso degli anni ho individuato alcuni “nuclei tematici e pratici” ricorrenti:

- I. Origine (Ideazione e formazione dell’equipe) e costruzione dell’equipe (team building);
- II. Crisi dell’equipe;
- III. Decostruzione, ristrutturazione e/o rifondazione dell’equipe.

La modalità prevalente di affrontare i problemi delle equipe assistenziali man mano che si manifestano è la *supervisione psicologica* nelle sue dimensioni più importanti che sono:

- a) la discussione dei casi clinici;
- b) il supporto all’equipe nelle sue criticità.

Questo libro riflette sulla lunga esperienza di supervisore del suo autore nei più vari contesti assistenziali ad alta criticità per indicare una via di umanizzazione delle equipe sanitarie e, per analogia, di tutti i gruppi umani.

## **Costituzione, crisi e ricostruzione delle equipe assistenziali**

### **1. L'origine e la costruzione dell'equipe**

Le equipe assistenziali multidisciplinari (medici, infermieri, psicologi, oss, fisioterapisti, assistenti sociali, etc.) appositamente progettate e costituite esistono nel nostro paese solo dagli anni '90 del secolo scorso nei settori più recenti e avanzati dell'assistenza oncologica domiciliare e non, pediatrica, geriatrica, delle malattie degenerative e della rianimazione. Le modalità di costituzione sono le più varie (dalla cooptazione personale in campo privato al concorso pubblico) ma tutte più o meno modellate sull'assistenza domiciliare oncologica e sugli Hospice anglosassoni<sup>1</sup>. Nei casi più “virtuosi” l'equipe oltre ad ispirarsi ad un modello esistente al momento della sua costituzione prevede una formazione ad hoc dei suoi componenti tramite trasmissione delle competenze disciplinari esistenti nel territorio di appartenenza. Notevole appare in tutti i casi il grado di autoreferenzialità formativa, non esistendo nel sistema formativo italiano nessun percorso formale (universitario o non) al momento della costituzione delle prime equipe. Solo dopo la legge<sup>2</sup> che ha regolamentato nel 2010 le Cure palliative e la Terapia del dolore, sono stati previsti percorsi formativi ad hoc (master per medici, infermieri e psicologi) che però tuttora non hanno acquistato una valenza formativa ufficiale e specifica (cioè professionalizzante) per lavorare nel settore. Una tesi<sup>3</sup> del “Master universitario in Cure palliative e

terapia del dolore”, da me diretto a Bologna in questi ultimi anni, ha affrontato dall’interno le problematiche formative a cui stiamo facendo riferimento. Dall’analisi della formazione attuata tramite il Master, si può trarre la necessità che ogni percorso formativo andrebbe valutato nella sua sostanzialità esplorandone le dimensioni tramite un questionario ad hoc simile a quello somministrato agli studenti del Master in cure palliative e terapia del dolore. Ripor-tiamo di seguito a scopo esemplificativo le principali domande del questionario ciascuna riferibile ad una dimensione formativa:

- Riassumi brevemente la tua precedente formazione psicologica e i bisogni formativi che ritenevi di avere quando ti sei iscritto al Master.
- In che modo questo Master ha corrisposto alle tue aspettative formative o a modificarne la tua consapevolezza?
- Come immagini o ti piacerebbe proseguire la tua formazione?

La debolezza o la forza di una formazione d’equipe al suo esordio derivano in primo luogo dall’esplorazione accurata di queste aree (risposte alle aspettative e progettazione di un prosieguo della formazione) nonché dalla chiarezza, da parte di chi progetta e costituisce l’equipe, degli scopi formativi, da porre ovviamente sempre in relazione agli scopi assistenziali e ai valori (tecnici, personali ed etici) che li sottendono.

In continuità con la formazione di base che tutti gli operatori di un’equipe assistenziale dovrebbero ricevere al momento della sua costituzione, il primo passo della costruzione di un’equipe dovrebbe consistere nello specificare in modo abbastanza chiaro gli *scopi* del lavoro della particolare equipe e i *metodi* attraverso i quali conseguirli, in modo da dar luogo ad un’equipe con un’impostazione assistenziale comune a tutti i suoi membri e con un buon senso di appartenenza.

Se ci riferiamo alla costruzione dell’equipe di un Hospice, al momento (fine anni ’90) in cui si costituivano gli Hospice in Italia, all’epoca i “fondamentali” per la costruzione di una buona equipe assistenziale dell’Hospice si ispiravano al lavoro pionieristico del S. Christopher Hospice di Londra, fondato da Cicely Saunders, e alla

letteratura relativa<sup>4</sup>. Lo *scopo* comune era rappresentato da un'assistenza in grado di garantire una buona qualità di vita al paziente terminale fino agli ultimi istanti di vita in modo da favorire una "buona morte" cioè senza una lunga agonia. Chi costruiva l'equipe assistenziale di un Hospice si proponeva, in altri termini, di far sì che tutti gli operatori condividessero il senso di queste finalità assistenziali e collaborassero insieme per attuare *metodiche* atte a conseguirle concretamente, traendo da ciò un buon senso di appartenenza. Si può immaginare quali ostacoli si possano essere incontrati lungo questo percorso, soprattutto nell'integrare in un significato comune e in una metodologia condivisa le diverse impostazioni oggettivamente presenti in un'equipe multidisciplinare. Non è ovviamente questo il luogo per approfondire questo punto, ma si può notare che la difficoltà fondamentale del team building di un'equipe multidisciplinare risieda nel dover integrare in una prassi assistenziale comune<sup>5</sup> le diverse logiche presenti (soprattutto la *logica biologistica* che sottende la formazione degli operatori sanitari e *quella personalistica* che sottende la formazione degli psicologi: in seguito ci ha consolato la scoperta che *la logica biologistica e quella personalistica condividono una logica umanistica* che ne rende possibile l'integrazione). Ma su questo torneremo in termini più espliciti più avanti.

## 2. Le Crisi dell'equipe

Tantissimi possono essere i motivi di crisi di un'equipe assistenziale, dai più banali ai più traumatici. Elenchiamone i principali:

### I. *I casi più complessi, cioè i casi opposti ai "casi ideali" di un'istituzione sanitaria*

Ad esempio negli Hospice i casi più complessi si sono rivelati quelli di pazienti non consapevoli della loro prognosi sfavorevole *quo ad vitam*, essendo questa la categoria di assistiti la cui finalità

assistenziale era precisamente opposta (stare meglio per continuare a lottare per guarire e per non morire) a quella ideale dell'istituzione Hospice (curare garantendo nelle fasi terminali una buona qualità di vita ed una "buona morte").

## II. *Le diversità individuali, culturali e ideologiche*

Quando il processo di team building è completato (cioè allorché il gruppo di professionisti e di persone che compongono l'equipe sembra abbastanza coeso nel condividere le finalità assistenziali e i metodi per raggiungerli, e con un conseguente senso di appartenenza), può cominciare a manifestarsi nella sua essenza la dimensione delle diversità individuali tra le persone che compongono il gruppo assistenziale. In Hospice, ad esempio, un primo sentore si può avvertire attraverso una crescente difficoltà di stabilire l'ordine del giorno della riunione periodica di staff (se esiste) a causa dei veti incrociati sempre più frequenti, soprattutto quando la proposta di discutere un caso fa sospettare a qualcuno che possa essere messa in evidenza qualche sua "mancanza" manifestatasi durante la gestione pratico-clinica di esso. In ogni gruppo umano si rischia di dimenticare che ogni percorso condiviso e ogni senso di appartenenza si traducono in regole di comportamento, a cui ciascuno può confrontare le sue performance professionali e i suoi stati d'animo, riscontrando distonie indesiderate. Se, ad esempio, qualcuno propone di parlare di un certo caso, qualcun altro può temere di essere messo in cattiva luce e chiedere di non parlarne alla riunione di staff. Si rischia sempre di dimenticare che ogni riunione ha anche una dimensione "politica", cioè di potere, all'interno del gruppo! Se, ad esempio, qualcuno propone di parlare di una situazione nella quale si è manifestato un conflitto tra un medico e un infermiere o tra un infermiere e un Oss, tutti i protagonisti cominciano a chiedersi quale sia l'opportunità "politica" di parlarne subito, e se la ritengono negativa propongono di non parlarne allo staff. Si rischia di dimenticare quanto sia difficile esporsi agli altri nella propria autenticità, e che per qualcuno può essere preferibile non parlare di un



caso o una situazione nella quale dovrebbe dire che ha un problema personale (come un'antipatia per qualche collega o un dubbio se restare nell'equipe o andare a lavorare altrove) che lo potrebbe mettere in cattiva luce. Un altro aspetto "critico" relativo alla distribuzione dei poteri all'interno dei gruppi è rappresentato dalle inevitabili ingiustizie, violenze e umiliazioni che chi ha più potere tende a somministrare a chi ha meno potere: è la criticità dell'equipe che deriva dagli abusi di potere o dai rapporti gerarchici quando non sono puramente "funzionali" ma producono diseguaglianze e disparità umilianti, da una parte, e mancanze di rispetto, dall'altra.

Purtroppo l'essenza dello scatenarsi senza limiti degli interessi individuali consiste nel determinare l'anarchia dei gruppi a cui gli individui appartengono. È per questo che bisognerebbe fare attenzione ad applicare, come purtroppo si fa oggi con estrema facilità, certi modelli antropologici attuali a tutti i gruppi umani. Quando, ad esempio, si considera ogni individuo uno *stakeholder*, significa che si concepisce l'uomo come un "portatore di interessi", interessi che nei gruppi a cui appartiene ciascuno cercherà di affermare, vincendo la competizione inevitabile con gli interessi differenti di altri. La competizione sarà gestita secondo regole più o meno democratiche che però sono in grado di condizionare il comportamento di tutti solo dopo che gli interessi di alcuni hanno vinto su quelli di tutti gli altri, cioè ispirandosi alla tutela degli interessi dei vincenti, con inevitabili periodi di anarchia quando nessun interesse riesce a prevalere e non ci sono criteri di regolazione del conflitto di interessi che riescono ad imporsi su altri criteri.

A parte che il termine *stakeholder* non significa (come oggi si tende prevalentemente a sostenere) precisamente "portatore di interessi", bensì "garante della posta in gioco in una scommessa", che sarebbe in realtà chi tiene la posta di una scommessa garantendo così che il perdente la pagherà al vincente; e che nel frattempo potrebbe (come in realtà fa) investire la posta guadagnandoci (come le banche?). A parte queste sottigliezze che qualcuno più sottile di me saprebbe certamente contestare, ciò che conta è l'uso concreto di un termine, e il termine *stakeholder* oggi viene appioppato a tutti come un'etichetta che tende a far prevalere una concezione dell'uomo che

ne mette in ombra altre “facce” altrettanto vere dell’umanità di ciascuno. È vero in effetti che tutti noi siamo “portatori di interessi” in quanto interessati a ciò che la nostra storia ha fatto emergere come fornito di valore, e che cerchiamo di affermare nella nostra vita questi interessi in competizione con altri “valori” emersi come ciò che “interessa” ad altri. Ma è anche vero che tutti noi possiamo essere per altri (i nostri cari o tutta l’umanità) anche *gifholders*<sup>6</sup>, cioè “portatori di doni”, “umani”, in grado non solo di competere per affermare ciò che ha valore per noi, ma anche di collaborare con gli altri per “donare” loro disinteressatamente ciò che secondo loro abbiamo in noi che ha valore per loro, e che siamo disposti a condividere non per un masochistico desiderio di sottomissione ma per un solidale desiderio di compartecipazione che sconfigge la solitudine e riscatta tante “negatività” suscettibili di togliere senso alla vita.

### III. *I problemi personali*

Ogni membro di un’equipe assistenziale mentre assiste un malato può avere la mamma malata o un figlio, o essere malato egli stesso, o avere preoccupazioni per i problemi di un figlio o per i debiti, etc. Ciascun problema personale può interferire con il lavoro determinando comportamenti egoistici o difensivi suscettibili di mettere in crisi l’equipe (ad esempio nel suo senso di appartenenza al gruppo: come posso sentirmi parte di un’equipe se ho una condizione esistenziale tutta mia da affrontare? D’altra parte, i problemi che il lavoro pone possono acuire o slatentizzare problemi personali sopiti: che effetto avrà su di me l’assistere una famiglia nel lutto se non ho superato un mio lutto?).

E come reagiscono gli altri membri dell’equipe se la mia “difesa” rispetto ad un problema personale (ad esempio se sto a casa dal lavoro per affrontarlo, e il lavoro in più, o il mio turno, ricade sui miei colleghi di lavoro)?

È importante esplorare le “ragioni personali” (biografiche e soggettive) delle nostre diversità, invece di limitarci ad affrontare le

dimensioni oggettive corrispondenti ai ruoli e alle tecniche per svolgerli nel modo migliore. Infatti, sia nel discutere le criticità sia nel parlare dei casi, si può cercare di rispondere alle domande oggettive (Che si fa in questa situazione? Come si fa? Che deve fare e come lo deve fare il medico, l'infermiere, l'oss, lo psicologo, il fisioterapista?) trascurando il peso delle domande soggettive (come deve essere ogni persona soggettivamente per fare ciò che deve fare e per poterlo imparare? E se ha un modo d'essere che rende difficile fare ciò che deve fare o impararlo, come deve modificare il suo modo personale di essere per riuscirci?).

Il riferimento qui è alla lunga tradizione psicologica (quella psicomodinamica, derivante dall'opera di Freud e dei suoi allievi) secondo la quale, senza modificare le “variabili personali” diventa impossibile far combaciare ciò che si tende a fare in base al proprio modo d'essere e ciò che si deve fare, rendendo estremamente difficoltoso il compito di mettere “l'uomo giusto al posto giusto”.

Bisognerebbe quindi in un'equipe imparare a parlare di sé, ad “esporsi” per poter capire cosa e quanto del proprio modo d'essere condizionato (ad esempio, in cosa e quanto bisogna “crescere” come persone per poter dire ad un paziente ciò che serve a lui anche se a noi “ripugna”). Si tratta di qualcosa che non si fa mai in quasi nessun lavoro: dal punto di vista dei datori di lavoro non si fa perché tenendo nascosta la propria persona unica e insostituibile<sup>7</sup> si può essere ridotti meglio ai propri ruoli e mansioni dimenticando che si è persone; dal punto di vista dei lavoratori non si fa perché si tende a pensare, sbagliando, che si tuteli meglio la propria vita personale lasciandola fuori dal lavoro, mentre, contemporaneamente, per molte persone non c'è altro modo di farsi “riconoscere” come persone che attraverso il lavoro. Penso che sia per questa ragione che parlare di sé faccia paura ed è difficile da accettare dalla maggior parte dei membri dell'equipe qualunque sia il ruolo individuale.

Faccio questa ipotesi basata sull'esperienza: la paura di “esporsi” agli altri sinceramente dipende dal fatto che spesso, quando ci si espone, quelli che ci sono ostili ne approfittano; e quindi sembra giusto pensare che ci si deve aprire solo con i pochi che sicuramente

ci vogliono bene o sono dalla nostra parte perché hanno i nostri stessi interessi. Ho in mente, formulando questa ipotesi, alcuni episodi ricorrenti nelle equipe che ho seguito: un operatore si ammala e chiede di stare a casa venendo a sapere che alcuni dei suoi colleghi, dovendo subire conseguenze negative (sostituzioni inaspettate o maggior carico di lavoro), sono arrabbiati con lui come se gli rimproverassero ciò (la malattia) di cui non ha colpa. Quando poi capita allo stesso operatore di essere “psicologicamente distrutto” per problemi familiari e avrebbe bisogno di stare a casa, a maggior ragione, rispetto a quando era fisicamente malato, va a lavorare e si guarda bene dal dire a qualcuno del suo problema perché pensa:” Se non mi hanno capito quando ero malato figurati se mi potranno capire ora! Diranno certamente che sono problemi miei e loro non devono andarci di mezzo per me!”.

Un esempio avvalorata la possibilità di parlare sinceramente e utilmente in equipe dei problemi personali: due operatori che hanno un brutto rapporto tra loro possono determinare problemi lavorativi (ad esempio un ritardo nell’esecuzione dei compiti assistenziali se non comunicano tra loro o non si ascoltano) che possono essere risolti solo se si parla sinceramente insieme delle ragioni personali delle loro difficoltà di collaborazione sul lavoro. Ma non c’è alcuna necessità di parlarne a prescindere dalla difficoltà lavorativa che determinano, come si dovrebbe fare se lo scopo fosse di “curare” i due individui. In altri termini, se, ad esempio, i due non si ascoltano o non si parlano quando lavorano insieme, ci riuniamo insieme a loro e chiediamo ad ognuno di loro: perché non gli parli e non lo ascolti? Se è una ragione professionale o ambientale (organizzativa, meteorologica, etc.) ci risponderanno; se invece è una ragione personale tenderanno a trincerarsi dietro il diritto di tacere ciò che è privato. Così facendo i due operatori si pongono fuori dell’equipe, considerando il loro lavoro come un insieme di compiti e mansioni individuali che non hanno bisogno di coordinarsi con quelli degli altri operatori. Ma il non voler affrontare la dimensione personale del lavoro equivale, quando ne peggiora la qualità, ad una forma di *malpractice*. Vuol dire che a questo punto dovremmo mettere in discussione

il diritto del singolo di tacere i suoi problemi personali perché, ripercuotendosi sul lavoro, essi non sono più tali. Ma cosa accade nelle realtà lavorative concrete? Nella maggior parte dei casi, tendiamo a continuare a legittimare il diritto alla privacy anche quando non dovremmo. Se cominciamo ad educare le persone a pensare che il diritto alla privacy non è un diritto assoluto ma il suo grado dipende da quanto i problemi personali si ripercuotono sugli altri, ad un certo punto si imparerà a distinguere, e l'operatore non si trincererà dietro l'affermazione di un diritto che sa di non avere. Ora parlerà e dirà, ad esempio, che il comportamento del collega (l'arroganza o la docilità, la superiorità o l'inferiorità, la stupidità o l'intelligenza vera o presunta, l'aspetto fisico gradevole o sgradevole, l'opportunismo o l'altruismo, il carrierismo o la mancanza di ambizione, l'ottimismo o il pessimismo, la faciloneria o la meticolosità, la lentezza o la velocità, etc.) lo fa stare male, ed è per questo che cerca di sottrarsi ai contatti con lui e non gli parla e non lo ascolta. Questa prima "apertura" potrà essere accentuata o scoraggiata in primo luogo dalla reazione dell'altro operatore ma anche da quella degli altri componenti dell'equipe. Se l'altro collega è convinto di comportarsi sempre bene non si metterà in discussione di fronte all'"accusa" del collega e reagirà con ostilità facendo "chiudere" il collega che aveva cominciato ad "aprirsi"; se invece l'altro è in grado di fare autocritica, si metterà in discussione e chiederà a quale comportamento il collega si riferisce ammettendo che possa essere colpa sua se l'altro non gli parla o non lo ascolta: ora l'altro si aprirà ancora un po' e comincerà a dire di più sul comportamento del suo collega che lo fa star male e chiudere. Cosa faranno e diranno nel frattempo gli altri membri dell'equipe? Anche questa dimensione sarà naturalmente importante per far evolvere positivamente la situazione, cioè per risolvere il problema lavorativo affrontando i problemi personali che lo influenzano. Si potrà così scoprire che la ragione per la quale si possono affrontare i problemi personali senza dover fare una "psicoterapia" o un "processo", consiste nel far sì che se ne parli tutti insieme favorendo l'apparire di una terza dimensione *accanto a quella oggettiva del lavoro e personale della vita individuale: la*

*dimensione umana* che consente di non separare ciò che è oggettivo (il lavoro) da ciò che è soggettivo (la biografia unica di ciascuno), perché li tiene insieme superandoli, cioè inserendoli in una sfera più ampia di entrambe ma che le comprende. Cos'altro significa parlare tra membri di un'equipe dei problemi personali che peggiorano il loro lavoro, quando stanno insieme, se non parlarne da un punto di vista che non è né quello del lavoro né quello personale ma quello di entrambi quando non si affrontano i problemi da soli ma con gli altri? (Ci torneremo nelle conclusioni in riferimento alla concezione levinasiana dei legami sociali).

#### *IV. I problemi organizzativi e la scarsità di risorse*

Gli esempi che si possono fare sono tanti, ma ne farò uno per tutti, il più importante: l'equipe multidisciplinare ha competenze che possono non bastare (ad esempio in Hospice quando arriva un malato con problemi psichiatrici) o ha un'organizzazione che prevede l'aiuto professionale e personale tra i membri dell'equipe e invece c'è bisogno in un particolare caso di un aiuto umano (ad esempio quando c'è in hospice da stare insieme ad un malato 24 ore su 24 e l'organizzazione dei turni e delle mansioni non lo permette). Bisognerebbe in questi casi prevedere che l'equipe possa temporaneamente riorganizzarsi in modo da procurarsi le risorse mancanti. Ma prima bisogna attraversare una crisi. Ci torneremo in specifico più avanti.

#### *V. La scarsa condivisione di scopi e valori*

Qual è lo scopo assistenziale principale nell'istituzione sanitaria in cui l'equipe opera? In un Hospice, ad esempio, si potrebbe indicare pressappoco così: favorire un buon morire, cioè una fase terminale con la miglior qualità della vita possibile, oppure favorire una buona morte (non pensando di dover morire: o assicurandosi

una via di immortalità se si pensa alla morte come un annullamento totale di sé; o cercando un senso alla morte se si pensa ad essa come ad un mistero da chiarire).

D'altra parte, quale modo di dare valore alla vita si persegue quando, di fronte alla possibilità dell'accanimento terapeutico come accade in un Hospice o in una rianimazione pediatrica, si risponde alla domanda "è meglio nessuna vita che una brutta vita o è meglio una brutta vita che nessuna vita?".

Ma questi "valori" di cui si discute sono condivisi da tutti membri dell'equipe?

### **3. Destutturazione, decostruzione e ristrutturazione dell'equipe**

Quando, a causa di un cambiamento importante, una crisi non si risolve in un tempo ragionevole, essa si cronicizza e l'equipe può de-strutturarsi (cioè i suoi membri non condividono più gli stessi scopi e metodi): il senso di appartenenza viene meno; le gerarchie e i ruoli vengono messi in discussione; le persone seguono solo i loro interessi particolari e l'anarchia finisce per dominare la vita dell'equipe.

Un esempio che frequentemente ricorre è il seguente: un membro dell'equipe che ricopre un ruolo importante va via e viene sostituito con un professionista meno "competente" e con una personalità "inadatta" al ruolo. Il tempo passa e se nessun provvedimento viene preso per minimizzare o evitare le conseguenze del cambiamento sull'equipe, i suoi membri cominciano a rimpiangere la situazione precedente cercando di riprodurla invano, finché la new entry non si sente rifiutata e cerca di "imporsi" nel ruolo che ricopre, assumendo atteggiamenti rigidi se è in un ruolo subordinato o autoritari e punitivi se è in un ruolo di comando. L'equipe allora rischia di spaccarsi dividendosi i suoi membri tra chi si schiera col nuovo arrivato e chi si schiera contro di lui/lei: scoppia un conflitto di fronte al quale altri membri cercheranno di tutelare i loro interessi particolari tentando di non schierarsi, con l'inevitabile conseguenza della destrutturazione dell'equipe.

Sorge allora la necessità di impedire che l'equipe già destrutturata sia distrutta e si possono presentare due alternative: distruggere completamente l'equipe per ricostruirla ex novo (spesso seguendo anche nelle organizzazioni sanitarie i canoni della concezione capitalistica di Shumpeter<sup>8</sup>), oppure decostruirla, cioè ricostruirla senza doverla distruggere nell'unico modo possibile, cioè ri-usandone i materiali, cioè "decostruendo" l'equipe, alla Derrida<sup>9</sup>.

Per affrontare i nodi del punto I (team buiding) l'equipe ha bisogno di buoni formatori interni e/o esterni;

Per affrontare e risolvere i problemi dei punti II (le crisi) e III (destrutturazione, decostruzione e ristrutturazione dell'equipe) si è fatto ricorso finora alla "supervisione psicologica", che è il tema del prossimo capitolo e di questo libro.