

La Cultura Locale dei Centri di Salute Mentale (CSM) in Italia

R. Carli, R. M. Paniccia, A. Di Ninni, V. Scala, P. Pagano, F. Giovagnoli, F. Bucci, F. Dolcetti, S. Bagnato, C. Sesto, V. Terenzi, V. Bonavita

Premessa

La ricerca sulla Cultura Locale dei CSM italiani si iscrive all'interno di un progetto commissionato dal Ministero della Salute¹ alla Cattedra di Psicologia Clinica della Facoltà di Psicologia 1 (Università Sapienza di Roma), volto a promuovere la competenza organizzativa nei CSM italiani. Il progetto si configura quale ricerca – intervento, entro una metodologia che caratterizza specificamente la psicologia clinica².

La ricerca prevede due fasi.

In una prima fase viene rilevata la Cultura Locale dei CSM in Italia, tramite la metodologia ISO (Indicatori di Sviluppo Organizzativo), proposta dalla Cattedra di Psicologia Clinica. Questo scritto presenta i dati emersi nella prima fase della ricerca.

In una seconda fase 15 CSM, scelti tra quelli che partecipano alla ricerca, vengono coinvolti in una serie di incontri con lo staff della ricerca per discutere dei dati emersi nella Cultura Locale e confrontare i risultati con la realtà organizzativa del singolo CSM, i suoi obiettivi locali, le relazioni tra le sue componenti e le eventuali problematiche nella realizzazione degli obiettivi stessi. L'ipotesi della ricerca, in estrema sintesi, è che questi incontri, fondati sulla sospensione dell'azione organizzativa del servizio e sull'analisi del funzionamento organizzativo possibile grazie a tale setting di sospensione dell'azione, possa implementare l'efficacia organizzativa del CSM stesso. La riflessione di cui stiamo parlando è possibile grazie alle categorie di analisi del funzionamento organizzativo e delle dinamiche simboliche che lo condizionano, quali sono emerse nell'analisi della Cultura Locale dei CSM italiani.

L'intera ricerca, quindi è fondata sulla rilevanza del “conoscere per intervenire”.

La ricerca ha un *committente*: il Ministero trarrà, dalle indicazioni della ricerca, un supporto per le sue iniziative nei confronti dei CSM. La promozione di una competenza organizzativa ha, infatti, quale sua necessaria premessa la conoscenza delle culture che caratterizzano i CSM e ne costituiscono la risorsa. Culture che orientano i comportamenti organizzativi all'interno dei CSM; la conoscenza delle culture, inoltre, consente di individuare le criticità esistenti, per poterle superare. L'utilità di fare ricerca sulla cultura di un'organizzazione si fonda sull'ipotesi che progettare lo sviluppo di quell'organizzazione, senza un'attenta conoscenza delle risorse insite nella sua cultura, è un'operazione destinata a fallire.

La ricerca ha anche dei *clienti*, i CSM stessi. Senza una loro partecipazione motivata e attiva, fin dai primi passi della ricerca stessa; senza il loro coinvolgimento interessato, volto all'utilizzazione dei dati che dalla ricerca derivano e ad un uso dialettico e produttivo di nuove ipotesi sulla propria realtà organizzativa, la ricerca è inutile. Sarebbe, in altri termini, una ricerca priva di quei risvolti operativi che la conoscenza delle culture intende promuovere.

Ciò comporta una specifica modalità di relazione tra staff di ricerca e soggetti implicati in essa. Fin dai primi passi della ricerca, infatti, ci siamo impegnati per organizzare una relazione che favorisse

¹ La committenza è del 2007, quando esisteva il Ministero della Salute (Direzione Generale Prevenzione Sanitaria). Oggi, il riferimento per la ricerca è il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, rimanendo invariata la Direzione Generale.

² Si veda in proposito Carli R., Paniccia R. M. (2003), *Analisi della domanda. Teoria e intervento in psicologia clinica*, Il Mulino, Bologna.

l'interesse ad utilizzare, integrare e sviluppare i dati della ricerca stessa, da parte dei CSM partecipanti.

L'oggetto del lavoro di ricerca è, come abbiamo detto, la Cultura Locale dei CSM italiani. Ricordiamo che, con la nozione di Cultura Locale, ci riferiamo alla simbolizzazione emozionale collusiva che caratterizza un gruppo sociale nei confronti di uno specifico contesto, rilevante per il gruppo sociale stesso. Il termine "Cultura", quindi, indica per noi il processo collusivo che caratterizza un gruppo sociale; il termine "Locale" indica il contesto del processo collusivo che coinvolge quel gruppo sociale. Nell'ambito della nostra ricerca, l'obiettivo è quello di conoscere la rappresentazione del CSM e delle sue funzioni, entro la popolazione professionale che lavora in questi servizi. La ricerca non mira a conoscere le posizioni o gli atteggiamenti dei singoli professionisti, ma il rapporto tra loro, ovvero la dinamica simbolica collusiva che fonda la loro appartenenza al contesto CSM. La dinamica simbolica, condivisa entro il CSM da chi vi lavora, interviene nella costruzione della realtà organizzativa e del suo funzionamento.

La committenza del Ministero della Salute e gli obiettivi concordati con la Cattedra di Psicologia Clinica, sono la premessa istitutiva del progetto: gli obiettivi da realizzare, i tempi e la metodologia del lavoro, le risorse predisposte per la realizzazione degli obiettivi. Entro questa premessa, lo staff di ricerca era interessato ad esplorare e costruire la committenza delle singole strutture che avrebbero partecipato, *pensando a ciascuna di esse come ad un cliente della ricerca*. Ricordiamo che il modello della committenza, entro l'intervento psicologico, rende centrale la relazione con il cliente, i suoi obiettivi di sviluppo. Lo sviluppo, nell'accezione da noi utilizzata, è ciò che consegue a un progetto, contingente e storicamente determinato. Non esiste un modello prefissato di sviluppo. La fase istitutiva è stata dedicata a costruire, con i CSM, un rapporto in cui fosse possibile l'emergere di domande di sviluppo su cui fondare le fasi successive dell'intervento.

I primi contatti con i CSM.

La costruzione dei contatti con i CSM è stata curata dallo staff di ricercatori della Cattedra di Psicologia Clinica, gli autori di questo contributo, e ha avuto come obiettivi:

- sondare l'interesse dei CSM ad intraprendere un lavoro di esplorazione della cultura organizzativa del loro servizio, nell'ambito di un'indagine su scala nazionale.
- condividere con i CSM una metodologia di lavoro basata, nella prima fase del progetto, sul questionario ISO.
- esplorare, attraverso questi primi contatti, l'interesse dei CSM a partecipare alla successiva fase della ricerca, concernente l'uso delle conoscenze prodotte dall'analisi della Cultura Locale.
- Individuare, tra i CSM partecipanti alla ricerca, 15 CSM (5 al Nord, 5 al Centro e 5 al Sud del paese), da coinvolgere nell'esperienza di sviluppo della competenza organizzativa (2.a fase del progetto).

Il primo problema incontrato concerneva la mappatura dei CSM operanti sul territorio nazionale. Sono state utilizzate due fonti: l'indirizzario dei CSM fornitoci dal Ministero della Salute e i siti internet delle regioni e delle Unità Sanitarie Locali presenti nelle diverse regioni. La seconda fonte è risultata la più attendibile. Abbiamo così ricostruito una mappa dell'organizzazione dipartimentale dei servizi entro i vari territori, i recapiti e gli indirizzi, i nomi e le funzioni dei professionisti che vi afferiscono.

Già questa prima ricognizione ha confermato come i modelli organizzativi dei Dipartimenti di Salute Mentale, attuati nelle diverse regioni italiane in linea con la loro autonomia organizzativa, siano differenti tra loro; anche la composizione professionale dei servizi presenta delle differenze rilevanti.

In ciascuna regione sono stati contattati numerosi CSM. L'obiettivo della ricerca era di raggiungere un campione di circa 50 CSM, omogeneamente distribuiti tra il Nord, il Centro ed il Sud del paese.

A ciascun CSM contattato e interessato a partecipare, il ricercatore ha presentato le finalità, gli strumenti e le diverse fasi del progetto di ricerca ed è stata inviata una documentazione di sintesi sul

progetto. Di grande rilevanza è stata l'individuazione, concordata con i servizi, di un referente interno al CSM, che si occupasse di coordinare la somministrazione del questionario ISO ai colleghi e di tenere i contatti e le fila del lavoro con la Cattedra di Psicologia Clinica. Il primo contatto con tutti i servizi è stato sempre telefonico; in seguito, con alcune strutture, le comunicazioni e lo scambio di materiali sono avvenuti via e-mail, anche se le fasi cruciali del rapporto sono sempre state gestite telefonicamente.

Dei 79 CSM contattati inizialmente, 67 hanno aderito alla ricerca e hanno portato a termine la compilazione del questionario. In altri termini, l'85% dei CSM ai quali è stata proposta la ricerca ha aderito all'iniziativa. Questo primo dato evidenzia un notevole interesse, da parte dei servizi, nel partecipare all'iniziativa.

I partecipanti alla ricerca

Hanno risposto al questionario ISO 833 persone.

Sono stati ritenuti validi, e quindi utili per il trattamento statistico dei dati, 794 questionari.

Il criterio per l'esclusione dei 39 questionari non utilizzati per il trattamento, è stato il superamento della soglia di dati mancanti (le domande del questionario alle quali non è stata data alcuna risposta); soglia fissata a 15 domande, pari al 7% del totale delle domande poste nel questionario. La quota di questionari "persi" (4,68%) è molto bassa, se si tiene conto della modalità di applicazione del questionario. Questo rilievo sui dati mancanti può essere considerato un indice interessante, tra gli altri, dell'*elevato livello motivazionale* nella partecipazione alla ricerca.

Vediamo ora come si sono distribuiti i questionari entro le variabili illustrative predisposte per la ricerca.

Area Professionale

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Risposte valide	Medico	220	27,7	28,0	28,0
	Infermiere	313	39,4	39,8	67,7
	Psicologo	98	12,3	12,5	80,2
	Educatore	29	3,7	3,7	83,9
	Assistente sociale	75	9,4	9,5	93,4
	Terapista riabilitazione	8	1,0	1,0	94,4
	Altro	44	5,5	5,6	100,0
	Totale	787	99,1	100,0	
Risposte mancanti		7	0,9		
Totale		794	100,0		

Sesso

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Risposte valide	uomo	269	33,9	34,2	34,2
	donna	518	65,2	65,8	100,0
	Totale	787	99,1	100,0	
Risposte mancanti		7	0,9		
Totale		794	100,0		

Anzianità di servizio

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Risposte valide	meno di 5 anni	95	12,0	12,1	12,1
	da 5 a 10 anni	94	11,8	11,9	24,0
	da 11 a 15 anni	99	12,5	12,6	36,5
	più di 15 anni	500	63,0	63,5	100,0
	Totale	788	99,2	100,0	
Risposte mancanti		6	0,8		
Totale		794	100,0		

Area geografica Servizio

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Risposte valide	Nord ovest	84	10,6	10,6	10,6
	Nord est	243	30,6	30,8	41,4
	Centro	257	32,4	32,6	74,0
	Sud e isole	205	25,8	26,0	100,0
	Totale	789	99,4	100,0	
Risposte mancanti		5	,6		
Totale		794	100,0		

Distribuzione regionale dei partecipanti

		Frequency	Percent
Risposte valide	Tramite il sito internet	91	11,5
	Abruzzo	34	4,3
	Basilicata	51	6,4
	Calabria	41	5,2
	Campania	29	3,7
	Emilia Romagna	41	5,2
	Friuli Venezia Giulia	28	3,5
	Marche	23	2,9
	Lazio	135	17,0
	Liguria	27	3,4
	Lombardia	36	4,5
	Piemonte	6	0,8
	Puglia	47	5,9
	Sardegna	21	2,6
	Sicilia	18	2,3
	Toscana	45	5,7
	Trentino	29	3,7
	Veneto	70	8,8
	Alto Adige	22	2,8
	Totale	794	100,0

Una rapida scorsa ai dati può seguire due criteri di analisi: da un lato la rappresentatività del nostro “campione”³ nei confronti della popolazione realmente operante entro i CSM italiani. Dall’altro considerazioni sui dati raccolti.

Per quanto concerne il primo criterio, i CSM partecipanti alla ricerca sono il 9.15% dei CSM operanti in Italia. Hanno partecipato 67 CSM, sul totale dei 722 CSM italiani. Anche la distribuzione per aree geografiche dei CSM partecipanti alla nostra ricerca riproduce la distribuzione regionale dei CSM italiani. I CSM partecipanti alla ricerca possono rappresentare significativamente quelli operanti in Italia, nell’ambito delle variabili considerate.

Per quanto concerne il secondo criterio, si può notare quanto segue:

a – il 68% circa dei rispondenti appartiene all’area dei medici e degli infermieri. Ciò può consentire un rilievo circa la forte “medicalizzazione” della popolazione operante entro i CSM.

b - il 65% dei rispondenti è di sesso femminile. Questo dato non raggiunge le quote presenti, ad esempio, negli insegnanti della scuola materna o elementare del nostro paese, ma sta a indicare una elevata quota di presenza femminile, anche nell’area della sanità mentale.

c – il 76% delle persone che partecipano alla ricerca è in servizio da più di 11 anni, e il 63,5 % da più di 15 anni. Si può rilevare, sulla base di questi dati, lo scarso ricambio presente nei CSM che hanno partecipato alla ricerca, e nel contempo il forte “invecchiamento” del personale che in essi lavora.

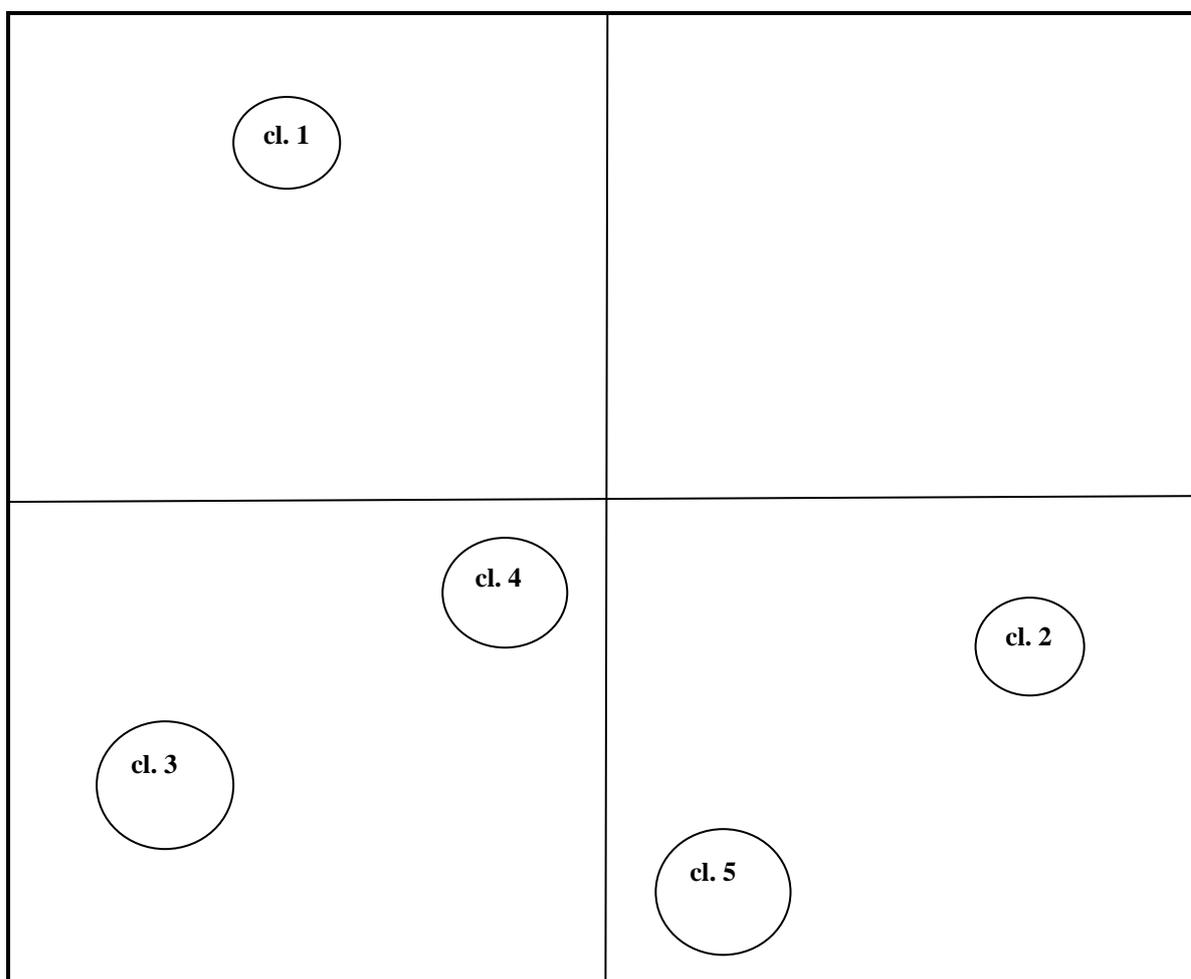
³ La partecipazione alla ricerca, evidentemente, non è stata realizzata con corrette procedure di campionamento. Il nostro obiettivo era quello di sollecitare la partecipazione dei CSM interessati alla ricerca. Nell’interpellare i CSM abbiamo seguito un unico criterio: la dislocazione geografica dei servizi. Vorremmo peraltro notare che ogni campionamento corretto è fondato sulla conoscenza delle variabili che caratterizzano l’universo che si vuole campionare. Ebbene, non esistono ricerche descrittive delle caratteristiche dei CSM sulle quali fondare un campionamento. Questa ricerca individua cinque Cluster Culturali; con procedure di analisi discriminante, è possibile costruire un questionario breve la cui applicazione telefonica all’intera popolazione dei CSM italiani potrebbe costruire una prima mappa culturale dell’universo rappresentato dai Centri per la Salute Mentale nel paese.

PARTE PRIMA: ANALISI DEI DATI

Lo spazio culturale

Con l'analisi fattoriale delle corrispondenze multiple si è decisa un'elaborazione dei dati ristretta ai primi tre fattori: spiegano complessivamente il 68,00% della varianza totale. In base a questa scelta, con l'analisi dei cluster è emersa una ripartizione ottimale a cinque cluster.

Riportiamo la distribuzione dei cluster entro lo spazio fattoriale, considerando i primi due fattori e "immaginando" il terzo fattore come perpendicolare al piano delimitato, appunto, dal fattore 1 e dal fattore 2.



Vediamo ora il rapporto tra cluster e fattori:

CLUSTER	FREQ	PERC	Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3
Cluster 1	134	16.88%		83.9% (+)	
Cluster 2	140	17.63%	89.1% (+)		
Cluster 3	181	22.80%	63.7% (-)		
Cluster 4	151	19.02%			85.8% (-)
Cluster 5	188	23.68%	33.8% (+)	65.6% (-)	
Totali	794	100%			

Sul **primo fattore** si ha la contrapposizione tra il Cluster 2 (al polo “positivo”) e il Cluster 3 (al polo “negativo”). Anche il Cluster 5, ma in misura minore, contribuisce al polo “positivo” del primo fattore.

Sul **secondo fattore** si nota la contrapposizione tra il Cluster 1 (al polo “positivo”) e il Cluster 5 (al polo “negativo”).

Sul **terzo fattore** si evidenzia, al polo “negativo”, il Cluster 4.

Analisi dello spazio fattoriale

Presentiamo ora una analisi interpretativa dei dati emersi all'interno dei singoli Cluster e considerazioni sul rapporto tra i differenti Cluster all'interno dei fattori e dell'intero "Spazio Culturale" emerso con l'analisi fattoriale e l'analisi dei cluster. Ricordiamo che per una comprensione approfondita della metodologia ISO e delle procedure di analisi, così come per una comprensione della relazione teorica e metodologica tra le analisi statistiche e le inferenze culturali proposte, si può fare riferimento al *capitolo metodologico* di questo stesso rapporto di ricerca.

Il primo fattore

Come s'è detto, sul primo fattore si contrappongono i cluster 2 e 3 che, assieme, raggruppano il 40% dei soggetti partecipanti alla ricerca.

Si tratta di due culture articolate e complesse, ma in sintesi fondate su una profonda contrapposizione circa la *vision* del CSM e la soddisfazione per il lavoro che in questa struttura si svolge: nel cluster 2 si rileva una svalorizzazione del CSM e una profonda insoddisfazione per il proprio lavoro; nel cluster 3, di contro, c'è soddisfazione per il lavoro e una diffusa valorizzazione del CSM.

Un dato ulteriore, molto importante: nel cluster dell'insoddisfazione emerge un atteggiamento anomico di livello elevato; nel cluster ove si valorizza il CSM, c'è una fiducia nelle strutture e nella cultura del contesto.

Cluster 2

L'assenza della dinamica affiliativa.

Un primo dato concerne la valutazione delle figure professionali e di alcune organizzazioni della sanità attraverso la scala di tre aggettivi, correlata con le motivazioni al rapporto sociale (affiliazione, potere, riuscita), secondo il modello di McClelland⁴. Ricordiamo che, per McClelland, la relazione sociale si organizza a partire da tre dinamiche relazionali. Una, l'*affiliazione*, per la quale si è motivati a istituire, nella relazione con l'altro, una dipendenza affettiva: al fine di rendere altamente probabile un rapporto in cui l'altro ti accetta, ti riconosce come amico e ti affilia emozionalmente. Una seconda dinamica, il *potere*, entro la quale si è motivati alla relazione soprattutto al fine di influire sul comportamento degli altri, di condizionarlo per modificarlo e orientarlo; affiliazione e potere sono complementari. La terza, la *riuscita*, comporta una motivazione al rapporto orientata, in modo prevalente, all'obiettivo di ottenere risultati di eccellenza, o comunque di alta qualità, di perseguire scopi al di fuori del comune, implicanti un impegno continuativo nel tempo⁵. Ebbene, pur valutando negativamente molte tra le dimensioni proposte, in questo cluster non si utilizza mai la componente affiliativa (aggettivo: amichevole), ma solo le dimensioni di potere e riuscita (aggettivi: influente e efficiente). Solo nel caso dell'*educatore* si utilizza, per una valutazione negativa s'intende, anche la scala affiliativa. Come dire che in questa cultura non si prende in considerazione la componente affiliativa delle differenti figure professionali e delle strutture sanitarie valutate; si considerano soltanto le componenti di potere e riuscita. Il proprio CSM, ad esempio, "non è efficiente" e "non è influente", mentre non viene considerata la dinamica dell'affiliazione. Così, anche per il sistema sanitario in Italia, per i servizi di salute mentale nel nostro paese, per il pronto soccorso di un ospedale, per le figure dell'infermiere, dello psicologo. Non viene considerato lo psichiatra, entro il processo valutativo. Su questa assenza significativa torneremo tra breve, per avanzare alcune ipotesi in merito.

Una prima considerazione: sembrerebbero restare "scoperte", in questa cultura, le questioni connesse alla dinamica affiliativa. Ovvero, manca una attenzione alle relazioni che costruiscono

⁴ J. W. Atkinson (ed) 1958, *Motives in Fantasy, Action and Society*, Van Nostrand Company, Princeton.

McClelland D. C. 1961, *The Achieving Society*, Van Nostrand Company, Princeton.

⁵ Carli R. 1976, *Trasformazione e cambiamento*, Arch. Psicol. Neurol. Psichiat., 37, 1-2, 148-194.

appartenenza. Sappiamo, peraltro, che le organizzazioni fondano il loro funzionamento su dinamiche di appartenenza, visto che queste ultime si propongono quale necessaria premessa per relazioni coordinate e produttive; terremo, quindi, ben in evidenza questo aspetto del cluster, per vedere come sia possibile interpretarlo, procedendo nella lettura dei dati.

La rilevanza della gerarchia.

Guardiamo ora ai “problemi e conflitti” nel proprio CSM e ai fattori che li generano; così come alle componenti di “successo”, per chi lavora nello stesso CSM. Si può notare come la relazione con la gerarchia sia l’elemento più rilevante, nel motivare l’insoddisfazione per il proprio lavoro e per la struttura in cui si lavora; la relazione con la gerarchia sta alla base della diffusa valutazione problematica nei confronti di tutte le dimensioni proposte, in questa cultura. Per avere successo, infatti, le uniche dimensioni “valorizzate” sono l’*accondiscendere alla gerarchia* e il *non sollevare problemi*. Mentre il sapersi assumere responsabilità, l’ottenere buoni risultati, il saper lavorare in gruppo, l’essere innovativi, lo sviluppare la propria competenza professionale, il saper comunicare in modo efficace e il lavorare sodo non sono, nella valutazione di questa cultura, assolutamente rilevanti per il successo. Quindi, si vive in un contesto organizzativo ove la gerarchia richiede dipendenza acritica e intensa accondiscendenza. Una gerarchia, peraltro, che si pensa abbia, come suo unico desiderio, quello di ridurre il personale, indipendentemente da ogni altro fattore di incremento dell’efficacia organizzativa o di crescita professionale di chi nel CSM lavora. Tra i fattori che creano problemi e conflitti, nelle due prime posizioni entro la valutazione caratterizzante questa cultura, emergono la scarsa coerenza tra ciò che si dice e ciò che si fa, così come le relazioni tra vertice gerarchico e base. La comunicazione, quindi la relazione tra le persone, la scarsa definizione di obiettivi e di responsabilità, seguono a ruota. Anche l’insoddisfazione per il lavoro, nelle sue differenti componenti, denuncia una problematica relazione con la gerarchia dell’organizzazione: le dimensioni per le quali è massima l’insoddisfazione, sono in ordine: il riconoscimento delle competenze, la trasparenza nelle relazioni di lavoro, la relazione con la gerarchia, la partecipazione alla definizione degli obiettivi e alle decisioni. Interessante rilevare come all’ultimo posto, sembrerebbe quindi con scarsa rilevanza, si collochi l’insoddisfazione per la retribuzione.

L’anomia

Il CSM appare come un sistema immobile, senza cambiamenti, se si fa eccezione per la prospettata riduzione del personale, quale desiderio attribuito alla gerarchia; ciò che cambia, sembra essere soltanto l’incremento dell’insoddisfazione sul lavoro. Ma eccoci all’anomia, alla perdita di fiducia nel futuro, allo smarrimento della condivisione di sistemi di regole che permettano di organizzare la convivenza e la riuscita nelle differenti imprese e iniziative della propria vita. L’anomia, determinata da un alto punteggio alla scala specifica, coincide in questa cultura con una convivenza problematica entro il proprio territorio di riferimento come, più in generale, in Italia: le persone sono percepite come interessate soltanto a sé e alla propria famiglia; nel contesto in cui si vive, non si è per nulla rispettosi delle regole. Far parte di gruppi di potere è l’unico modo per avere successo, ancora nel territorio come in Italia. Anche i giovani, per aver successo nella vita, debbono imporsi sugli altri e creare appartenenze solide con i gruppi di potere. L’illegalità, ovviamente si potrebbe dire, è il problema più rilevante nel paese. Considerando questo rilievo, possiamo trovare una prima risposta all’assenza di attenzione, entro questo cluster, verso le dinamiche dell’appartenenza, verso la costruzione di relazioni che creino un sentimento di identità e di condivisione di valori e di scopi. L’appartenenza ai gruppi di potere sembra risolvere, per strade caratterizzate dalla violenza, la questione. Possiamo parlare di una modalità della socializzazione fondata sulla violenza, poiché non si tratta di condividere con gli “altri” il senso da dare a ciò che si fa, e al perché lo si fa; l’appartenenza si fonda, di contro, sull’adesione acritica alle esigenze di un potere che indichi cosa si deve fare, senza convenire con nessuno tale indicazione; ciò comporta l’adesione acritica ai sistemi di significato che tale potere impone. A questo punto torna alla mente la funzione che il

cluster dà alla gerarchia entro il CSM. Si tratta infatti di una gerarchia che non valorizza in alcun modo le risorse umane del CSM, come pure non ne valorizza il prodotto e il servizio. Essa sembra piuttosto far conto su un'adesione delle persone, reattiva e al tempo stesso acritica, su un disaccordo tacito e passivizzante. Il disaccordo su quanto si fa e sul perché lo si fa può esserci, purché non crei problemi. Quanto a una posizione critica, volta al miglioramento del servizio, essa non è proprio prevista.

In sintesi

Siamo confrontati con una cultura ove ci si sente “vittime” di un potere violento, incompetente e autoritario: vittime come cittadini innanzi tutto, visto che la convivenza è improntata all'*homo homini lupus*, entro un familismo (egoismo) imperante; convivenza difficile per l'assenza di regole del gioco rispettate da tutti, quindi per una sfiducia nel futuro e nello sviluppo dei sistemi in cui si vive. Se manca, o viene meno, il rispetto per le regole del gioco, subentra la paura dell'altro, la violenza e il sentimento di persecutorietà da parte di chi ha il potere. Potere che si pensa sia utilizzato solo per evocare, nei “dipendenti”, soggezione e dipendenza. L'anomia comporta la previsione di un futuro senza speranza, per sé e per le nuove generazioni.

In profonda interazione con la situazione anomica, si nota una profonda sfiducia per la gerarchia, nell'organizzazione di appartenenza. Una gerarchia che condiziona un clima organizzativo sempre più pesante da sopportare, un deterioramento nelle relazioni organizzative, una completa disattesa della funzionalità organizzativa, per premiare solo dipendenza e accondiscendenza acritiche. Manca quell'"amicalità", nelle relazioni, che è a fondamento di rapporti ove il perseguimento degli obiettivi possa porsi a fondamento del lavoro comune. Sembrerebbe che il vissuto di avere a che fare con un “potere incompetente” sia riferito, specificamente, alla gerarchia psichiatrica del CSM. Una gerarchia psichiatrica che giustificherebbe l'assenza di questa figura, tra quelle valutate con la scala delle motivazioni al rapporto sociale. Questo spiegherebbe anche la palese ostilità espressa per le riunioni d'équipe, entro questa cultura: le risorse sono scarse per un lavoro multidisciplinare, e c'è un rifiuto generalizzato per le riunioni tra operatori. Riunioni che sono accettate e possibili solo là dove le relazioni, tra le varie componenti del CSM, siano improntate alla simmetria e alla valorizzazione delle “differenze di competenza”; non quando la gerarchia, pre-potente, appiattisce le differenze, valorizzando solo quelle verticali, legate appunto alla scala gerarchica.

Cluster 3

La dinamica affiliativa

La cultura di questo cluster valorizza le relazioni tra le varie componenti del CSM, le fonda su un'"amicalità", una valorizzazione dell'affiliazione che consente di acquisire potere e competenza, quindi successo professionale e istituzionale per il servizio. Interessante che, per il sistema sanitario italiano e per il pronto soccorso dell'ospedale, la componente affiliativa sia l'unica valutata come rilevante; questo succede anche per il reparto di cardiologia, assieme alla componente di potere. Il proprio CSM, peraltro, manca di questa dimensione affiliativa, presente positivamente nella figura dello psicologo, dell'assistente sociale, dello psichiatra e dell'infermiere. La componente affiliativa comporta, per il CSM, la propensione a verificare la soddisfazione del proprio cliente e di fatto implica una elevata razionalità nel suo funzionamento. Ove per “razionalità” s'intende, è importante sottolinearlo, l'integrazione entro le relazioni organizzative tra le dimensioni affettive e quelle logiche. Razionalità, quindi, come capacità di integrare le simbolizzazioni affettive del proprio lavoro e del proprio servizio con la sua funzionalità e i suoi obiettivi.

Il cliente

In questa cultura si evidenzia una funzione critica molto spiccata, capace di sottolineare le dimensioni che non funzionano entro la propria organizzazione; vengono così indicate le componenti di problematicità nel funzionamento organizzativo: carenza di obiettivi comuni,

pressione a produrre, difficoltà di relazione tra le persone, scarse opportunità di sviluppo professionale, problemi di relazione con i familiari dei pazienti ricoverati. Vengono valorizzati, d'altro canto, anche i fattori di successo; collegati, tutti, al funzionamento del servizio e all'ottenimento di risultati organizzativi. Interessante che tra i fattori di successo venga valutato positivamente anche l'assecondare le richieste di pazienti e familiari, mentre sia decisamente scartato l'accondiscendere alla gerarchia. Si può affermare che il "cliente", sia il paziente che i suoi familiari, ha preso il posto della gerarchia organizzativa: il CSM assume i connotati di un'organizzazione ove il lavoro è finalizzato a chi fruisce del servizio, non al mantenimento di buone relazioni con chi detiene il potere. Di qui una valutazione di elevata efficacia per gli interventi solitamente praticati nel proprio CSM; dimensione ovviamente mancante nella cultura analizzata precedentemente. Sono considerati efficaci i tre ambiti del lavoro, paritariamente: la relazione con il paziente, l'applicazione corretta di tecniche validate, il coinvolgimento dei familiari e del contesto di vita del paziente, in una visione articolata e unitaria della cura. La comunicazione appare come importante nella funzionalità del servizio; l'équipe di lavoro è vista come un fattore rilevante per perseguire la qualità del servizio, e l'intera équipe si fa carico dei nuovi ingressi nel CSM; ancora una volta, peraltro, si lamenta l'eccessivo carico di lavoro, che rende difficile le riunioni di équipe. L'utenza del CSM assume, come s'è detto, una forte rilevanza per la cultura in analisi: i problemi caratterizzanti i pazienti del CSM sono ben differenziati: dai disturbi alimentari a quelli derivanti dalla perdita di una persona cara, a quelli derivanti da malattie organiche; non vengono sottolineati, di contro, i problemi di integrazione delle persone immigrate e quelli derivanti da difficoltà negli studi. Si sottolinea l'importanza del CSM nei confronti dei così detti Disturbi Emotivi Comuni: senza l'intervento del CSM, potrebbero evolvere negativamente; l'intervento del servizio nell'ambito di tali disturbi, quindi, assume una preziosa funzione preventiva.

Il contesto in sviluppo

Quale è la valutazione del contesto, per questa cultura? Il contesto, sia territoriale che nazionale, è in forte sviluppo. Ciò significa che si pensa di vivere in un sistema sociale in evoluzione, e questo induce speranza per il futuro. I valori dominanti entro il sistema di convivenza sono un compromesso tra il progettare sviluppo e l'appartenere a gruppi di potere: questi ultimi condizionano fortemente la vita sociale e la dinamica delle organizzazioni, ma il tutto è finalizzato a obiettivi di sviluppo, non di solo mantenimento dei propri interessi personali.

In sintesi

In questo cluster l'organizzatore delle relazioni, entro il servizio, è esplicitamente il cliente; l'attenzione al cliente integra i comportamenti dei differenti operatori, costituisce un motivo per la ricerca e l'applicazione di strumenti di verifica, motiva il personale ad un comportamento organizzativo competente. Tuttavia resta aperta la questione delle *integrazioni orizzontali*, il cui indicatore è l'individuazione di obiettivi comuni. Si può supporre che la relazione con il cliente venga mantenuta, nonostante l'assenza di questa importante componente dell'integrazione. Il più importante vissuto emozionale, presente nella cultura di questo cluster, può essere così riassunto: le disfunzioni, dovute alle difficili relazioni tra le persone che lavorano nel CSM e all'assenza di obiettivi condivisi, vengono superate grazie all'attenzione che ciascuna professione pone verso il proprio cliente, nonostante le deficienze di integrazione orizzontale tra le funzioni stesse. Questo può aiutare a comprendere il motivo per cui il CSM non è connotato di amicalità, mentre le differenti professioni lo sono; fa comprendere, anche, alcuni aspetti disfunzionali emersi nella cultura in analisi, come il sentimento di un eccessivo carico di lavoro. Il vissuto riferito a un eccessivo carico di lavoro potrebbe essere dovuto alla sensazione di lavorare in modo non coordinato; questo per la carenza di integrazioni orizzontali, vale a dire senza un confronto tra funzioni; ma anche per la carenza di un intervento di mediazione da parte della gerarchia; sarebbe, in definitiva, un vissuto connesso più alla qualità che alla quantità di lavoro.

Il primo fattore: una sintesi dei dati emersi

La gerarchia e il cliente

La contrapposizione tra le due culture ora analizzate, che si situano ai poli opposti del primo fattore, può essere così riassunta: da un lato emerge una cultura molto problematica, fondata su un ancoraggio alla *gerarchia*, ma entro un atteggiamento reattivo e acritico, passivizzante; questo appare come l'unico elemento rilevante della vita organizzativa entro il servizio; dall'altro ritroviamo una cultura ove il *cliente esterno*⁶ è al centro delle attenzioni degli operatori del CSM. Gerarchia autoritaria da un lato, cliente e orientamento al cliente dall'altro. Ma anche: emozionalità orientata ai soli rapporti tra operatori, con ignoramento dell'utenza del servizio, in una sorta di attenzione autoriferita; oppure attenzione all'"altro", a chi fruisce del servizio, quindi attenzione agli obiettivi e al prodotto del servizio stesso.

Si tratta di una contrapposizione nota entro le dinamiche della vita organizzativa. Ma questo non basta per capire il senso culturale del primo fattore. La dipendenza passiva dalla gerarchia sembra mortificare la motivazione al lavoro dei nostri partecipanti: nessuna fiducia nelle regole del gioco e nell'altro, entro i processi di convivenza lavorativa come, più in generale, nella vita sociale. Di qui la condizione anomica, con il pessimismo depressivo e l'insoddisfazione persecutoria che accompagnano sistematicamente l'anomia. Sembra che la mancata funzione motivante della gerarchia, entro il servizio, induca una sorta di reazione a catena ove, alla pretesa di chi è al vertice di stabilire rapporti di accondiscendenza acritica, si risponde con la rabbia demotivante e con una valutazione disfattista nei confronti di ogni aspetto del proprio lavoro. Il contesto sociale è assimilato al servizio in cui si lavora, e si propone come pericoloso per l'egoismo familista e l'arrivismo competitivo che destrutturano ogni possibile fiducia nell'altro e nel sistema sociale. La cultura organizzativa di questa polarità è fondata sull'arroganza attribuita a una gerarchia che vuole solo dipendenza e acquiescenza dei propri "dipendenti", senza alcun interesse alla funzione del servizio e al suo prodotto.

L'attenzione al cliente. Il cliente esterno e il cliente interno.

Le dimensioni del servizio e del prodotto acquistano, di contro, un loro rilievo quando il cliente prende il posto del "capo" nell'attenzione emozionale di chi lavora entro il CSM. Entro il cluster 3 l'attenzione al cliente si coniuga con la competenza professionale, con la motivazione al lavoro e con la rilevanza delle relazioni entro il servizio: relazioni con pazienti e familiari, innanzitutto; ma anche relazioni tra colleghi, entro un clima organizzativo sufficientemente buono, e utili relazioni tra differenti competenze entro il lavoro d'équipe. Qui, competenza tecnica, attenzione agli utenti del servizio, riscontro sui risultati perseguiti e soddisfazione per il proprio lavoro appaiono come dimensioni abbastanza integrate.

Con un limite, che rappresenta anche il possibile sviluppo evolutivo di questa cultura. Ricordiamo la differenza tra cliente esterno e interno entro l'orientamento al cliente. Il cliente interno è il collega con cui condivido l'orientamento al cliente esterno. Ricordiamo anche che la condivisione del cliente esterno è l'unico fattore che motivi all'integrazione, entro un'organizzazione. Il comportamento delle differenti funzioni di un'organizzazione trova la stella polare che lo indirizza a un coordinamento, e non a un ignoramento o a un conflitto, nel condividere obiettivi in rapporto al cliente esterno. Questa condivisione entro il cluster 3 sembra mancare. Per questo motivo specifichiamo che il cluster 3 è riferibile al cliente esterno, e ipotizziamo l'utilità di un incremento del cliente interno.

⁶ Per *cliente esterno* s'intende, nell'ambito di una organizzazione, colui che fruisce del prodotto-servizio dell'organizzazione stessa: nel caso del CSM il cliente esterno è dato dai pazienti, dai familiari, dalle altre strutture del sistema sanitario in rapporto con il servizio. Per *cliente interno* s'intendono quelle componenti interne all'organizzazione che fruiscono del lavoro di altre componenti, per svolgere la propria funzione. Nel caso del CSM, ad esempio, lo psicologo che esegue una psicodiagnosi ha come suo cliente interno lo psichiatra che imposta la strategia di cura; l'assistente sociale che individua le risorse familiari o del contesto del paziente, ha quale cliente interno lo psichiatra, o l'infermiere che tratta con i familiari dei pazienti.

Qualche nota sulla cultura del sistema sanitario

Una notazione è d'obbligo in questa analisi: è molto difficile stabilire una catena di nessi causali tra le variabili che stiamo considerando nella descrizione delle differenti culture. Ad esempio, non sappiamo se è l'anomia che "provoca" la dipendenza dalla gerarchia o viceversa. La nostra analisi è condotta sulla base dell'*occorrenza concomitante* di alcune, tra le molte variabili che abbiamo proposto con il questionario ISO. Ma questa concomitanza non consente di stabilire nessi causali. Lo consente, di contro, la conoscenza dei processi psicodinamici e sociodinamici che l'analisi evidenzia. Sappiamo, ad esempio, che una tipica cultura del sistema sanitario, presente soprattutto in un passato anche recente, ha privilegiato la "tecnicità" competente nei confronti dell'attenzione al cliente-paziente. Ma strutture attente alla tecnicità hanno bisogno di un potere forte, rappresentato dalla gerarchia medica. Gerarchia competente, usualmente, e stimata per questa competenza. Ciò può essere più problematico attualmente, e in particolare nell'ambito psichiatrico: da un lato la gestione aziendale della sanità ha cambiato, di fatto, la funzione della gerarchia, introducendo componenti "laiche" amministrativamente competenti, a volte, ma spesso in difficoltà rispetto al contesto strettamente medico; dall'altro, entro i servizi psichiatrici la tecnicità ha una incidenza minore di quanto non abbia, ad esempio, entro la cardiologia, la chirurgia o la medicina interna. Di qui l'ipotesi circa la maggiore probabilità che un vissuto mortificante della gerarchia e della sua azione entro il contesto psichiatrico, sia possibile entro un CSM piuttosto che entro un centro di terapia intensiva. Ma questo ancora non basta: la cultura del cluster 2, la cultura anomica per intenderci, propone dipendenza e rabbia, al contempo, verso la gerarchia organizzativa. Ciò non significa che i "capi" degli operatori che appartengono a questa cultura siano autoritari e sprezzanti dei prodotti e dei risultati del servizio, attenti solo a essere ossequiati entro un atteggiamento di dipendenza. Si può, piuttosto, pensare che si sia istituita una dinamica collusiva tra gerarchia e dipendenti, tale da portare a questa situazione di demotivazione e insoddisfazione profonda per il proprio lavoro. Quanto noi rileviamo, è importante non dimenticarlo, sono "vissuti" culturali, non "fatti" organizzativi. Anche se, lo sappiamo bene, i vissuti culturali sono in grado di indurre eventi coerenti con i vissuti, entro le organizzazioni.

Si può allora comprendere la stretta relazione tra vissuto di sudditanza minacciante nei confronti della gerarchia entro il proprio lavoro, e anomia: la gerarchia che pretende dipendenza, ha gli stessi connotati di chi non segue le regole del gioco e si allea con i gruppi di potere per avere successo entro il sistema sociale. In entrambi i casi, alla base del vissuto sta l'ipotesi che l'"altro" non condivida obiettivi e finalità comuni, ma sia interessato "solo a sé e alla propria famiglia", vale a dire al proprio gruppo di potere. La gerarchia autoritaria è uno degli aspetti della mancanza di responsabilità sociale condivisa.

Il cliente, d'altro canto, lo abbiamo più volte definito come "colui che, a sua volta, ha un cliente"; il cliente, quindi, ha necessariamente una funzione sociale che lo definisce e lo caratterizza. L'attenzione al cliente comporta una sorta di rivoluzione, entro il funzionamento organizzativo. Anche entro il sistema sanitario, ove ai vincoli di "scienza e coscienza" si è aggiunto un profondo rispetto per il malato, fondato sulla consapevolezza che ogni "malato", al di fuori del sistema sanitario, è una persona che ricopre ruoli e funzioni sociali che il medico, l'infermiere, lo psicologo e gli altri operatori non possono ignorare. In questo senso il "cliente" è qualcosa di diverso dal "malato", sia pure "malato mentale". In questo senso, è solo nel cluster 3 che si parla dei problemi che con più frequenza ricorrono in chi si rivolge al CSM, così come ci si occupa dei Disturbi Emotivi Comuni.

Ancora una riflessione. Il cluster della gerarchia autoritaria presenta un'assenza di affiliazione, di amicalità, di attenzione alla costruzione di appartenenza, che giunge fino al disagio anomico; il cluster del cliente esterno, d'altro canto, pur costruendo affiliazione con i suoi clienti, propone un CSM non affiliativo, non amicale nelle relazioni tra le persone che lavorano al suo interno. E non

amicale, sembrerebbe, in quanto istituzione, anche con i suoi clienti esterni. Ciò è da mettere in relazione con la mancanza di obiettivi condivisi. In altri termini, anche nel cluster 3 c'è un difetto di attenzione verso la costruzione di appartenenza all'organizzazione.

Vengono alla mente quelle dinamiche centrate sull'idealizzazione del gruppo degli operatori, su una forte identificazione con tale gruppo, proprie di una certa storia dei CSM del recente passato. Dinamiche che avevano risolto le questioni dell'identificazione con l'organizzazione e dell'appartenenza ad essa, ma che poi avevano mostrato la loro non adeguatezza, in particolare perché subordinavano il cliente alla centratura sulle relazioni interne. Tali dinamiche sono state fortemente messe in crisi dal mutare delle condizioni del lavoro, e sono state in buona parte superate dai nuovi eventi, come l'aziendalizzazione della sanità. Dinamiche proprie di un recente passato, che fa parte della storia degli operatori "anziani" – e sappiamo che i rispondenti sono in buona parte con un'elevata anzianità di servizio – e che è ben presente nella memoria di alcuni. Parrebbe che, persa quella coesione, spesso più o meno esplicitamente fondata su una contrapposizione non solo alle funzioni direttive o di coordinamento delle ASL ma in una certa misura anche nei confronti dell'utenza, nella nuova attenzione al cliente non si sia ancora ritrovata una modalità valorizzata di stare insieme e di creare un'identità comune. Forse per le varie professioni, non ancora diventate funzioni sia sotto un profilo strutturale che culturale, è più facile identificarsi con il servizio al cliente che ciascuna professione può dare, che non con l'integrazione tra funzioni, con un'appartenenza condivisa.

In conclusione, la prima contrapposizione sembra molto interessante ai fini della nostra analisi. Sappiamo che il primo fattore "spiega" quasi la metà dell'intera varianza compresa nei primi tre fattori; quindi è un fattore "importante" e per certi versi "generalista". Di fatto, le sole variabili illustrative che sono comprese nei due cluster analizzati sono la regione Sicilia per il cluster anomico, anche se con un valore test molto basso, e la regione Puglia per il cluster di orientamento al cliente. Vedremo che nei cluster del secondo e del terzo fattore interverranno più significativamente le figure professionali, oltre ad aree geografiche d'appartenenza più ampie.

Ebbene, questa contrapposizione tra una cultura anomica e insoddisfatta, succube di una gerarchia autoritaria e sbrigativa, e una cultura orientata al cliente e al prodotto può far riflettere sull'ingresso entro i CSM italiani di una cultura organizzativa avanzata e critica, che si contrappone a un atteggiamento demotivato e sfiduciato.

Il secondo fattore

Sul secondo fattore si contrappongono il cluster 1 e il cluster 5; i partecipanti che contribuiscono a generare i due cluster assommano, ancora, al 40% del totale.

Si tratta di due culture caratterizzate dalla presenza significativa delle due principali figure professionali del CSM: gli infermieri per il cluster 1 e i medici per il cluster 5. Come vedremo, i medici sono presenti significativamente anche entro il cluster 4, situato sul terzo fattore.

Ancora, come per il primo fattore, ciò che segna la differenza tra le due culture è la forte soddisfazione per il proprio lavoro nel caso della cultura segnata dalla presenza degli infermieri, e la bassa soddisfazione entro la specifica cultura medica. Ma vediamo con ordine le due contrapposte culture.

Cluster 1

L'efficienza

Le variabili illustrative che contribuiscono a generare questa cultura sono l'area professionale degli *infermieri* e l'area territoriale della regione *Abruzzo*. Si tratta di una cultura che ricerca e valorizza l'efficienza, ovvero la motivazione realizzativa, entro la sanità: tutte le figure professionali considerate, a eccezione dell'educatore, hanno quale prima connotazione l'efficienza, valutata sistematicamente in modo positivo. Sembra che la presenza di questa caratteristica realizzativa, che garantisce il perseguimento degli obiettivi organizzativi, comporti anche una valutazione positiva nell'ambito della motivazione affiliativa e del potere. Se un operatore è efficiente, si afferma nella cultura in analisi, sarà anche amichevole e influente. Il potere nasce dalla competenza, non dalla posizione gerarchica.

Il successo entro la propria organizzazione dipende dall'essere innovativi, dal saper lavorare in gruppo, dal saper comunicare e dall'ottenimento di risultati; viene escluso, quale fattore di successo, l'accondiscendere alla gerarchia, come anche il non sollevare problemi. Interessante che entro questi fattori si trovino dimensioni collegate al singolo (innovatività), ma collegate anche al gruppo e alla relazione: i risultati sono l'esito di dimensioni personali e relazionali, in stretta interazione tra loro. L'efficacia degli interventi, entro il proprio CSM, è ancorata, ancora una volta, alla valorizzazione della competenza individuale (corretta applicazione di tecniche validate), assieme alla competenza relazionale con il paziente e alla capacità di coinvolgere nel processo terapeutico i familiari e il contesto di vita del paziente stesso. Queste due ultime dimensioni sono, d'altro canto, più importanti della competenza fondata sulla tecnicità.

Il desiderio attribuito alla dirigenza del proprio servizio è quello di migliorare la relazione del CSM con il contesto sociosanitario, non di abbattere i costi o di ridurre il personale. Nel CSM si persegue la verifica della soddisfazione del cliente. Il clima organizzativo, negli ultimi anni, è decisamente migliorato; il CSM è un sistema in cambiamento, e ciò comporterà nuove opportunità di sviluppo per il personale che lavora al suo interno. Si vive un atteggiamento di profonda simpatia per i clienti del servizio.

La connotazione "simpatica" dell'utenza

In sintesi, si rileva una armonica integrazione tra dimensioni individuali, relazionali e di intervento sul contesto, per il perseguimento degli obiettivi del servizio. Questo implica una gerarchia con funzioni integrative e di aggiornamento, per nulla minacciante ma al servizio della competenza del gruppo. Un gruppo o, se si vuole, una squadra affiatata e dotata di una competenza a simbolizzare in modo amichevole e simpatico sia il contesto di lavoro che l'utenza del servizio. Questa valorizzazione "simpatica" dell'utenza è specifica di questa cultura, e individua una componente simbolica importante quale base per un processo collusivo motivato e sereno, entro la propria professione. Di qui l'elevata soddisfazione per le varie componenti del lavoro, tutte valutate

positivamente; da sottolineare, ancora, la specificità di questa cultura ove anche il rapporto con i clienti è valutato come altamente soddisfacente.

Mancano all'appello, comunque, la retribuzione e l'opportunità di carriera: due componenti che sembrano, in questa come in tutte le culture emerse nella ricerca, specifiche aree senza valutazioni positive. Questo può far riflettere: in una cultura come quella in analisi, fortemente orientata alla valorizzazione del CSM, il servizio e il lavoro al suo interno sembrano comunque connotati da una dimensione sacrificale, per certi versi valoriale, che non implica attese e soddisfazione entro dimensioni "individuali" e, per certi versi, "egoiste" come il danaro e il successo personale.

Si rileva un interesse a differenziare e approfondire l'area delle problematiche di chi fruisce del servizio: i disturbi che arrivano più frequentemente al proprio CSM sono i disturbi d'ansia e di depressione, così come i disturbi collegati all'uso di alcool e sostanze; ma arrivano al CSM anche persone con disturbi collegabili a difficili rapporti sociali, a problemi nella sfera sessuale, nelle relazioni con i familiari, collegabili alla perdita di una persona cara, a difficoltà negli studi, a disagio sociale, a malattie organiche croniche. Si sottolinea, in sintesi, la elevata variabilità delle problematiche che gli utenti sottopongono al servizio. In tal senso, nella cultura in analisi si è attenti anche ai Disturbi Emotivi Comuni che si esclude togliano risorse al trattamento dei casi gravi e per i quali si sottolinea l'importanza dell'intervento da parte del CSM, visto che rispondono bene al trattamento psichiatrico.

Il contesto italiano

In che contesto si pensa di vivere, all'interno di questa cultura? Si tratta di un orientamento "conservatore" al contesto, ove le istituzioni affidabili del paese sono la famiglia, la chiesa, assieme ai servizi per la salute mentale. Un paese, l'Italia, dove ci sono gravi problemi di disoccupazione, di convivenza, di bassa qualità nei servizi, di illegalità diffusa; ma anche di scarsa competitività del mercato. Il successo dei giovani è facilitato da creatività e eccellenza professionale, ma anche dal sapersi imporre sugli altri e dall'aiuto della famiglia. Italia e territorio d'appartenenza sono discretamente capaci di progettare sviluppo, che si prevede buono nel medio periodo. Si nota, quindi, un arroccamento entro i sistemi valoriali di famiglia e chiesa ai quali viene equiparato il proprio servizio d'appartenenza; entro quest'area di rifugio valoriale, d'altro canto, si pensa di vivere in un contesto in sviluppo; sviluppo che non concerne le persone coinvolte nella ricerca, e al quale si contrappongono gravi problemi entro l'area del rapporto con le persone e entro l'area economica.

In sintesi

Si tratta di una cultura ove l'interesse per il proprio lavoro è organizzato dalla valorizzazione della competenza, associata ad una elevata attenzione al cliente e alla sua problematica. Una cultura che sembra bastare a se stessa, senza aspirazioni al di fuori della crescita professionale, senza attese di sviluppo nella carriera o di crescita economica. Una cultura attenta al lavoro e al contempo conservatrice entro l'adattamento sociale.

Cluster 5

La sfiducia nella gerarchia

L'unica variabile illustrativa che contribuisce alla costruzione del cluster è quella concernente l'area professionale dei *medici*. Si tratta di una cultura ove l'insoddisfazione sul lavoro e il pessimismo sul funzionamento del servizio sono attribuiti a problemi di scarsa competenza della funzione gerarchica. E' la funzione dotata di potere ad essere vissuta come deficitaria: lo psicologo, lo psichiatra, l'assistente sociale, l'infermiere, sono descritti come incapaci di esercitare influenza nel lavoro, quindi poco capaci di influenzare le decisioni gerarchiche, quindi succubi del potere altrui. La funzionalità del servizio è affidata alla competenza nelle relazioni con i pazienti, non alle tecniche consolidate o al coinvolgimento dei familiari e del contesto di vita del paziente. Il successo

nel proprio CSM si persegue sapendo lavorare in gruppo e sapendosi assumere responsabilità; non con l'essere innovativi o sviluppando la propria competenza professionale. La relazione è al centro dell'interesse di questa cultura e la competenza entro le relazioni è l'unica competenza valutata come utile; solo con la competenza nella relazione con i pazienti, e con i propri pari gerarchicamente, si può contribuire all'efficacia del servizio. Sembra che non ci sia fiducia in possibili aspettative della gerarchia, così come non si vive il proprio lavoro come soggetto a sviluppo o innovazione.

Alla gerarchia vengono attribuite influenze negative: il clima organizzativo è peggiorato nel medio periodo, gli ultimi due anni; il proprio CSM non è orientato a verificare la soddisfazione del cliente. Il cambiamento futuro del sistema complessivo della salute mentale, non comporterà nuove opportunità di sviluppo per le persone che lavorano nei CSM. I clienti dell'area che si occupa di salute mentale non sono per nulla cambiati, negli ultimi cinque anni.

Si profila, quindi, una visione immobilista e poco stimolante del contesto entro il quale si lavora: nessuna innovazione, forte ripetitività dei problemi professionali con i quali gli operatori sono confrontati, nessun orientamento a verificare la soddisfazione del cliente, pur considerando la relazione con i pazienti l'unico fattore di efficacia del proprio intervento professionale. Nessuna rilevanza attribuita alla propria crescita professionale, nell'ipotesi che la ripetitività dei problemi affrontati faccia il paio con la stasi della professionalità. In un atteggiamento ben diverso da quello di molte aree di frontiera della medicina, ove l'aggiornamento e l'innovazione sono il motore costante della motivazione professionale. Sembra che in questa cultura, contrapposta a quella del cluster 1 fondata su competenza e attenzione al cliente, trionfi la demotivazione per un contesto ripetitivo, che richiede stasi ripetitiva anche nella professionalità di chi vi lavora.

Ciò si riflette chiaramente nella soddisfazione per il lavoro, bassa nella sua valutazione generale, e interessante nei fattori considerati. Si tratta di componenti della soddisfazione ove prevale l'incompetenza e l'assenza di interesse da parte della gerarchia: una gerarchia con la quale si hanno problemi di relazione perché non definisce compiti e responsabilità, non facilita la partecipazione alle decisioni, non attribuisce responsabilità adeguate al ruolo, non fa partecipare alla definizione degli obiettivi lavorativi dei singoli operatori, è disinteressata al riconoscimento delle competenze di chi lavora nel CSM, rende ambigue e non trasparenti le relazioni di lavoro, non si adopera per la verifica dei risultati raggiunti, non promuove relazioni con gli altri settori della sanità, mantenendo un isolamento statico del servizio. Questa insoddisfazione per l'incompetenza gerarchica demotiva, nella cultura in analisi, ogni attenzione a altre aree di sviluppo del proprio lavoro: quella formativa, di sviluppo professionale, di attenzione alla qualità del contesto di lavoro, di carriera e di retribuzione.

In quale contesto si pensa di vivere, all'interno della cultura in esame? Poca attenzione alle variabili che caratterizzano la cultura del contesto, con pessimismo per lo sviluppo sia del paese che del territorio d'appartenenza. Manca un rispetto delle regole in chi vive entro il proprio territorio e non si è per nulla impegnati, sempre nel territorio, a migliorare la convivenza. Nessuno intende progettare sviluppo o manifesta competenza in questo ambito.

In sintesi

Siamo confrontati con una cultura che valorizza, univocamente, la relazione con i pazienti entro il servizio, la relazione con i colleghi nel gruppo di lavoro. Una cultura ove viene imputata alla gerarchia la responsabilità di una condizione lavorativa decisamente insoddisfacente, senza riconoscimento delle proprie competenze, senza partecipazione e senza definizione di compiti e responsabilità entro il servizio. Ma anche una cultura ove l'immobilismo e la ripetitività dell'organizzazione entro la quale si è iscritti, appaiono fattori demotivanti sia per la crescita professionale che per una speranza di sviluppo adeguato alla competenza.

Il secondo fattore: una sintesi dei dati emersi

Il secondo fattore spiega il 27% della varianza totale; è caratterizzato dalla contrapposizione tra le due figure “mediche”⁷ del CSM, gli infermieri che intervengono significativamente alla costruzione del cluster 1, i medici a quella del cluster 5.

Le due culture sono caratterizzate da una forte, accentuata auto centratura sul servizio, con una tendenza a trascurare il contesto e la relazione tra professione e contesto. Nel caso del cluster 1 si rappresenta un contesto conservatore, ove famiglia e chiesa, assieme ai servizi di salute mentale ai quali si appartiene, sono le uniche istituzioni affidabili nel paese. Come se si rappresentasse simbolicamente i servizi di salute mentale un po' come una chiesa con i suoi valori sacrali e definitivi, un po' come una famiglia con i suoi rapporti emozionalmente orientati e quindi rassicuranti. A questo contesto, poco rilevante e in stretta connessione con il proprio lavoro e la propria organizzazione professionale, si affianca una valorizzazione della competenza e dell'efficienza entro il CSM. Ciò deriva da una stima per la gerarchia aziendale, capace di funzioni integrative e di un orientamento a motivare la creatività, l'innovatività degli operatori.

Questo della gerarchia sembra il tema centrale che regge la contrapposizione con la cultura del cluster 5: qui la gerarchia è demotivante e incapace di un benché minimo contributo all'efficienza organizzativa. Si tratta di una gerarchia che non desidera dipendenza e acquiescenza, come abbiamo visto sul primo fattore, a proposito del cluster 2. No; qui si parla, piuttosto, di una gerarchia “inesistente”, in quanto assente o incompetente in quelle funzioni, peraltro correttamente individuate, che servono per creare un gruppo di lavoro interessato e soddisfatto.

Nel cluster 1, l'efficienza del proprio CSM, altamente valorizzata, è strettamente collegata alla competenza integrativa della squadra, quindi alla profonda compresenza di competenza tecnica e di competenza organizzativa, di capacità nella relazione tra gli operatori e con il paziente; nel cluster 5, di contro, si propone una cultura demotivata, perché l'unica competenza riconosciuta nel servizio è quella fondata sulla relazione con il paziente e sullo stare assieme tra operatori nel gruppo di lavoro, senza che questa dinamica relazionale sia sostanziata da obiettivi professionali precisi e in evoluzione, senza che la competenza a mettersi in relazione con gli altri abbia una sua finalità “tecnica” integrata.

La cultura che fa riferimento agli infermieri, dunque, propone un servizio efficiente perché basato su capacità integrative tra tecnica e uso professionalizzato della relazione, che dipende da una gerarchia capace e motivante. La cultura che fa riferimento ai medici, di contro, propone una gerarchia incapace e demotivante, che condiziona un servizio statico e senza sviluppo professionale. Si potrebbe dire che la gestione dei CSM, quale è rappresentata in questo fattore, utilizza le risorse degli infermieri per una funzionalità efficiente del servizio, mentre riserva ai medici la routine più ripetitiva e frustrante. Giustificando la rappresentazione contrapposta della gerarchia, con buone capacità integrative o con scarsa attenzione a motivare gli operatori al lavoro; gli infermieri valorizzano chi ha responsabilità gestionali del servizio, mentre i medici ne vedono il responsabile diretto dell'immobilismo demotivante e ripetitivo del servizio.

⁷ Questo rilievo va compreso nel suo senso statistico, per non arrivare a inferenze scorrette. Il fatto che gli infermieri “clusterizzino” nel cluster 1 e i medici nel cluster 5, non significa che solo gli infermieri abbiano generato il cluster 1 o solo i medici il cluster 5. Significa soltanto che il contributo degli infermieri alla costruzione del cluster 1 è stato rilevante e significativo, mentre il contributo delle altre figure professionali o delle altre variabili illustrative non è stato così rilevante sul piano della significatività. Lo stesso vale per i medici. Guardiamo ai valori che caratterizzano gli infermieri nel cluster 1: il 40% degli infermieri partecipanti alla ricerca si situa in questo cluster. Inoltre, tra coloro che nel cluster hanno indicato la loro area professionale, il 53% ha detto di appartenere all'area degli infermieri (colonna MOD/CLA); tra tutti quelli che hanno indicato d'essere infermieri, il 23% appartiene al cluster 1 (colonna CLA/MOD). Guardiamo ora ai medici del cluster 5: il 28% dei medici partecipanti alla ricerca si situa in questo cluster. Tra coloro che, nel cluster 5, hanno indicato la loro area professionale il 37% ha detto d'appartenere all'area dei medici (colonna MOD/CLA); tra tutti quelli che hanno dichiarato di essere medici, il 31% appartiene al cluster 5 (colonna CLA/MOD). L'informazione rilevante, in sintesi, concerne l'apporto di una specifica variabile illustrativa alla genesi di uno specifico cluster.

Il terzo fattore

Sul terzo fattore ritroviamo un solo cluster, il 4, che si situa al suo polo negativo. Sul polo positivo c'è il cluster 3, ma con una bassa saturazione (19%); di conseguenza, non verrà considerato.

Cluster 4

Si tratta di un raggruppamento culturale al quale contribuiscono molte variabili illustrative: il sesso *maschile* dei partecipanti; l'area professionale dei *medici*; la regione *Trentino*; l'area geografica del *Nord Est* e più in generale l'area geografica del *Nord*⁸.

Si tratta di una cultura che potremmo definire moderatamente soddisfatta del proprio lavoro; attenta più a escludere problemi e conflitti nel proprio servizio, che a definire quanto funziona e si propone alla base del successo professionale. La positività del confronto interdisciplinare, quindi delle riunioni d'équipe entro il CSM, risulta dall'esclusione di una serie di problemi nei confronti delle riunioni stesse, più che da una sottolineatura della loro funzione. Le riunioni non sono un residuo delle pratiche assembleari del passato; non sono mal sopportate dagli operatori del servizio; la qualità del servizio non dipende dal singolo operatore; il riunirsi, nel proprio CSM, non è reso difficile dall'eccessivo carico di lavoro; la qualità del servizio non dipende nemmeno dal controllo del responsabile sui singoli operatori. Si esclude, quindi, la funzionalità quale esito di apporti individuali o di funzioni di controllo, così come si esclude ogni ostacolo culturale o strutturale alle riunioni d'équipe. Ne emerge, di conseguenza, una valorizzazione - sia pure in negativo - del confronto interdisciplinare integrato, per l'intervento in molte situazioni cliniche.

Guardiamo ora ai fattori che possono sollevare problemi e conflitti nel proprio CSM: si esclude che ciò possa derivare dalla scarsa coerenza tra ciò che si dice e ciò che si fa; non c'è carenza di obiettivi comuni e partecipati; non ci sono difficoltà di comunicazione tra gli operatori; non c'è scarsa chiarezza nei ruoli e nelle competenze, né scarsa competenza professionale; la differenza di formazione e di orientamento professionale tra operatori non è un problema; non ci sono problemi neppure per quanto concerne lo sviluppo professionale. In sintesi, c'è fiducia -sia pure in negativo- sulla competenza e sulla professionalità degli operatori, così come si rileva un apprezzamento per chi svolge funzioni di coordinamento e di gestione nei confronti del servizio.

Ancora in negativo, non si ritiene che sia un fattore di successo il non sollevare problemi; ma in questo caso si afferma, anche, che non è un fattore di successo il realizzare gli obiettivi aziendali. Come a dire che il servizio è compatto, coeso e competente, ma si differenzia notevolmente dall'"azienda", sentita come qualcosa di estraneo alla funzione sanitaria.

Il cambiamento del CSM sarà un "vero cambiamento", nel quale ritornerà fiducia: non è vero che sarà sempre più difficile essere soddisfatti del proprio lavoro, così come non è vero che tutto cambierà e nulla cambierà; ci saranno, di contro, nuove opportunità di sviluppo per le persone che lavorano nel CSM: questa è, per la prima volta, una valutazione espressa in positivo.

Il clima organizzativo del CSM, negli ultimi due anni, è migliorato, e anche questa è una valutazione in positivo.

Come s'è detto, la soddisfazione generale per il proprio lavoro nel servizio è mediamente positiva.

Vediamo quali componenti della soddisfazione vengono considerate: si è soddisfatti per una responsabilità adeguata al ruolo, per il riconoscimento ricevuto circa le proprie competenze, per l'ambiente di lavoro, per la trasparenza nelle relazioni di lavoro, per la propria partecipazione alle decisioni, per la sicurezza sul lavoro. Come si vede, quattro delle sei componenti indicano un efficace intervento della componente gestionale della gerarchia, mentre due concernono il contesto entro cui si lavora.

⁸ Per quanto riguarda il sesso maschile, il 42% di chi appartiene al cluster 4 è maschio (MOD/CLA) e il 24% dei maschi appartiene al cluster (CLA/MOD); per quanto riguarda la professione medica, il 39% di chi appartiene al cluster 4 è medico, mentre il 27% dei medici appartiene al cluster; per quanto concerne l'area geografica del servizio, il 51% di chi appartiene al cluster 4 è del Nord, e il 24% delle persone che dichiarano di lavorare entro servizi del Nord appartengono al cluster; per quanto concerne l'area del Nord Est, il 41% delle persone che appartengono al cluster 4 dicono di lavorare nel Nord Est, mentre il 26 % di chi appartiene al cluster dice di lavorare nel Nord Est.

Chi si rivolge al CSM non ha problemi che derivano dalla perdita di una persona cara, da malattie organiche croniche o dalla sfera sessuale. Evidentemente non si specifica quali problemi possano caratterizzare gli utenti del proprio CSM.

Si tratta, infine, di una cultura che non denota tratti di anomia, anche se si pensa di vivere in un contesto ove non si progetta sviluppo. Scarsa attenzione, in generale, viene rivolta al contesto sia italiano che territoriale.

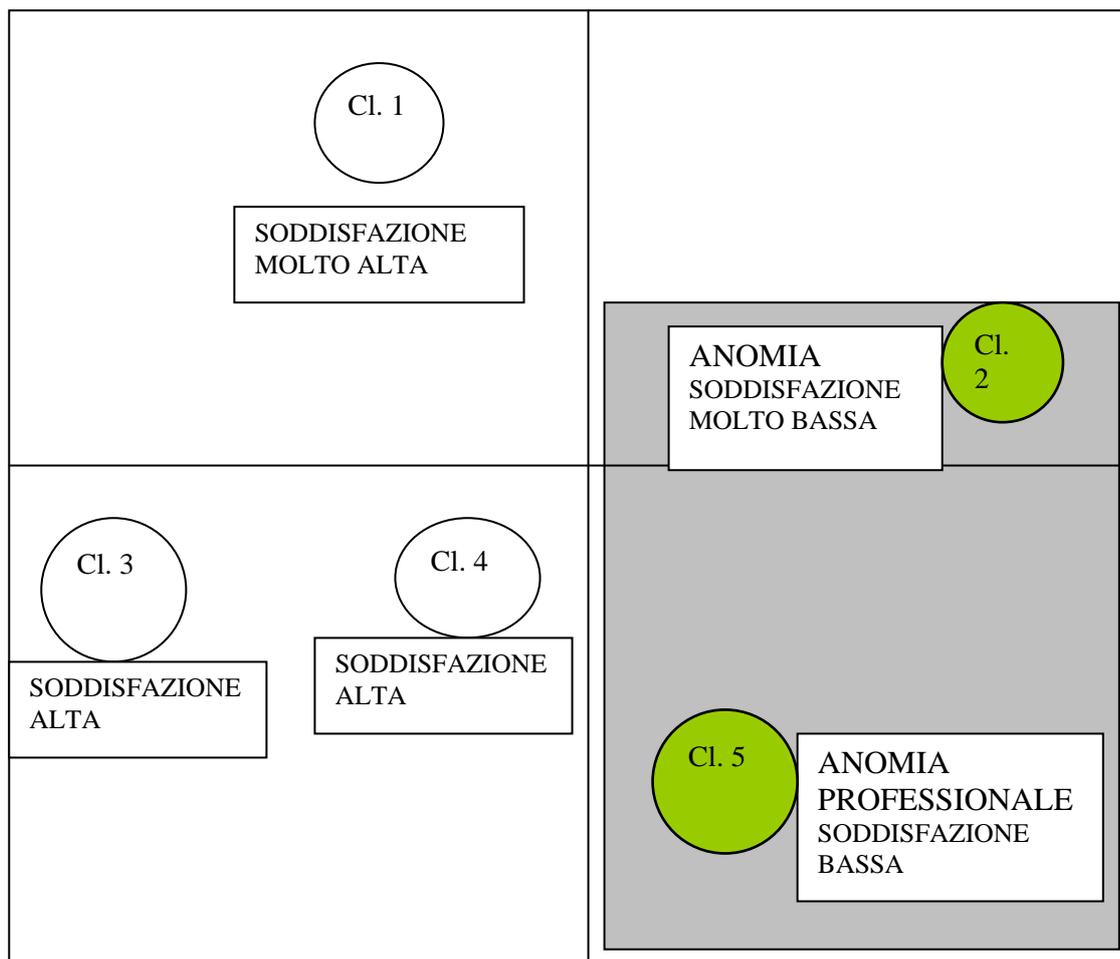
In sintesi, siamo confrontati con una cultura volta a escludere problemi e difficoltà, più che a segnalare i fattori di successo e di funzionalità del CSM. La soddisfazione è fondata, sembrerebbe, più sulle assenze di difficoltà che sulla rilevazione dei fattori in grado di gratificare gli operatori, professionalmente e personalmente. Si tratta, quindi, di una cultura che possiamo definire di routine, ove per declinare la propria valutazione sul servizio si escludono i problemi, più che sottolineare le difficoltà o i pregi del suo modo di funzionare.

Di qui l'ipotesi, lecita, di una posizione di ripetitività scontata e di una valorizzazione di tale ripetitività caratterizzante un servizio ove per dire che tutto funziona si rileva ciò che "non è vero che non funziona".

Alcuni grafici di sintesi del piano culturale

Vediamo ora come si distribuiscono sul piano fattoriale alcune dimensioni importanti delle culture analizzate.

Cominciamo con l'ANOMIA:

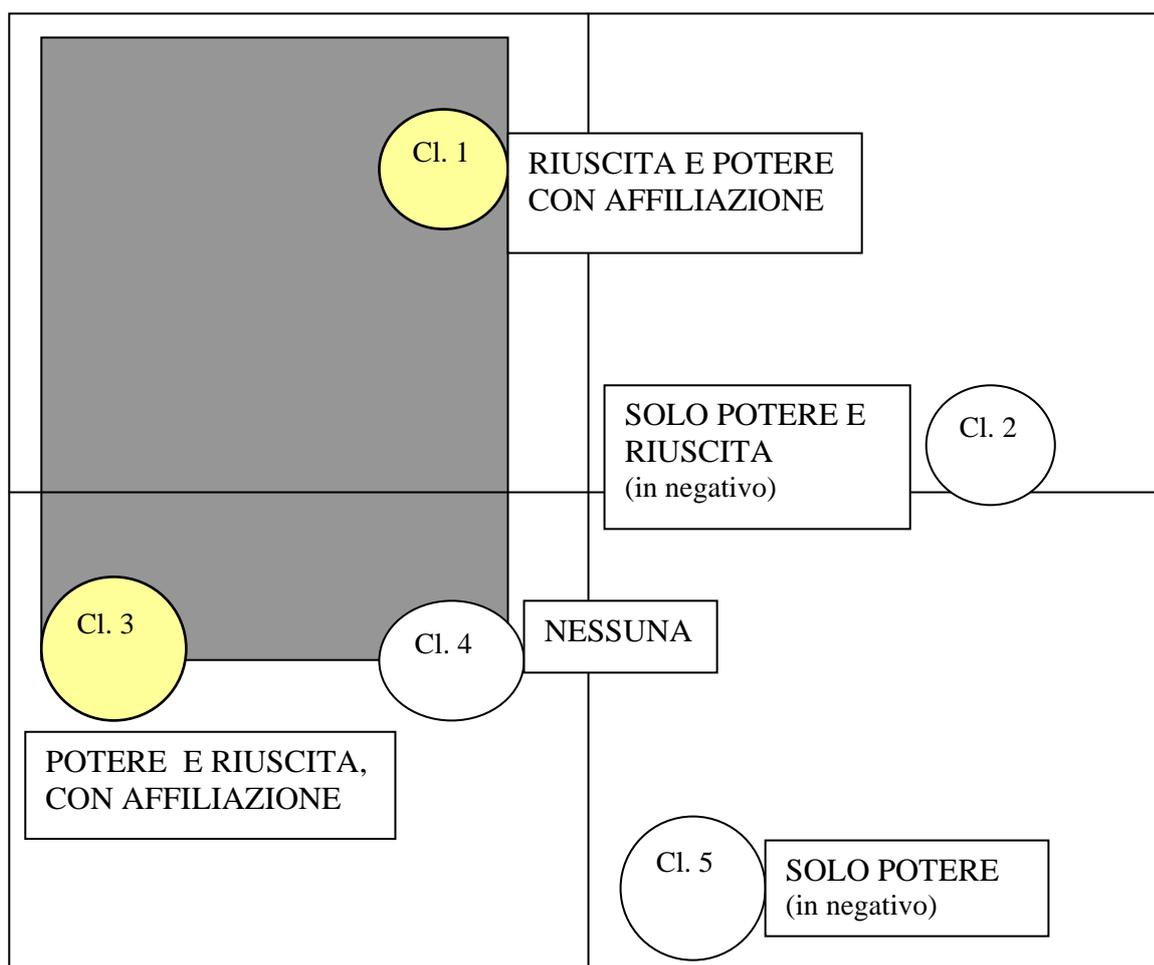


Come si può vedere, il quadrante in basso e a destra dello “spazio culturale”, quello ove sono collocati i cluster 2 e 5, è l’area dell’anomia. E’ anche l’area ove più bassa è la soddisfazione per il proprio lavoro. L’anomia sembra direttamente in relazione con la percezione dell’autorità da parte delle due culture anomiche: ricordiamo come nel cluster 2 si pensa a una gerarchia organizzativa autoritaria, che vuole acquiescenza acritica; mentre nel cluster 5 si parla di una gerarchia demotivante e scoraggiante ogni impegno a crescere professionalmente.

MOTIVAZIONE PREVALENTE

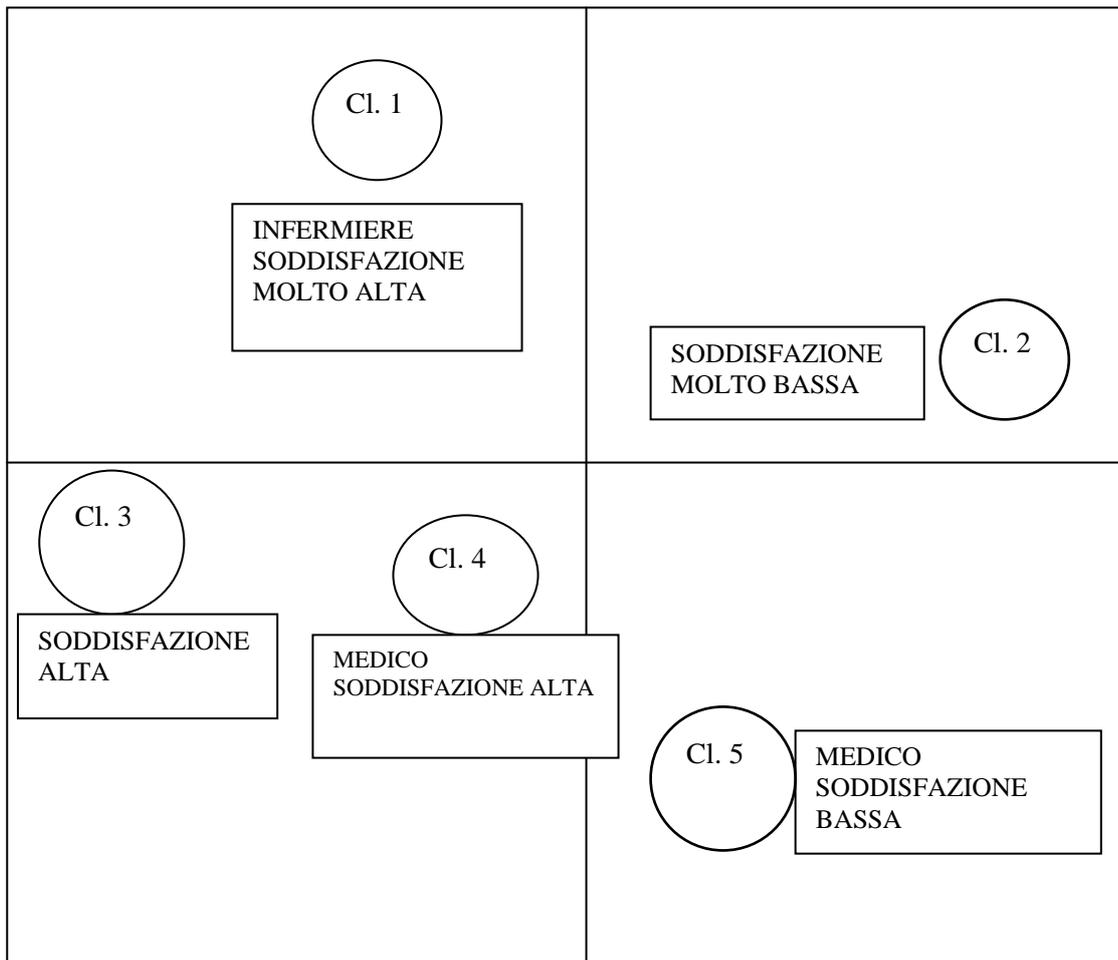
Uno sguardo, ora, a come vengono rappresentate le figure professionali e le organizzazioni della sanità, entro la scala correlata con le motivazioni alla relazione sociale secondo il modello di McClelland.

:



L’area in alto e a sinistra dello spazio culturale, è l’area dell’alta soddisfazione per il lavoro, e anche quella ove la dinamica motivazionale attribuita alle figure professionali e alle istituzioni della sanità è tendenzialmente espressa in positivo, con prevalenza o comunque presenza importante del *need for achievement*. Ciò comporta una competenza a integrare le dinamiche di simbolizzazione affettiva vissute entro la propria esperienza lavorativa, con l’obiettivo “integrativo” di promuovere il prodotto del servizio.

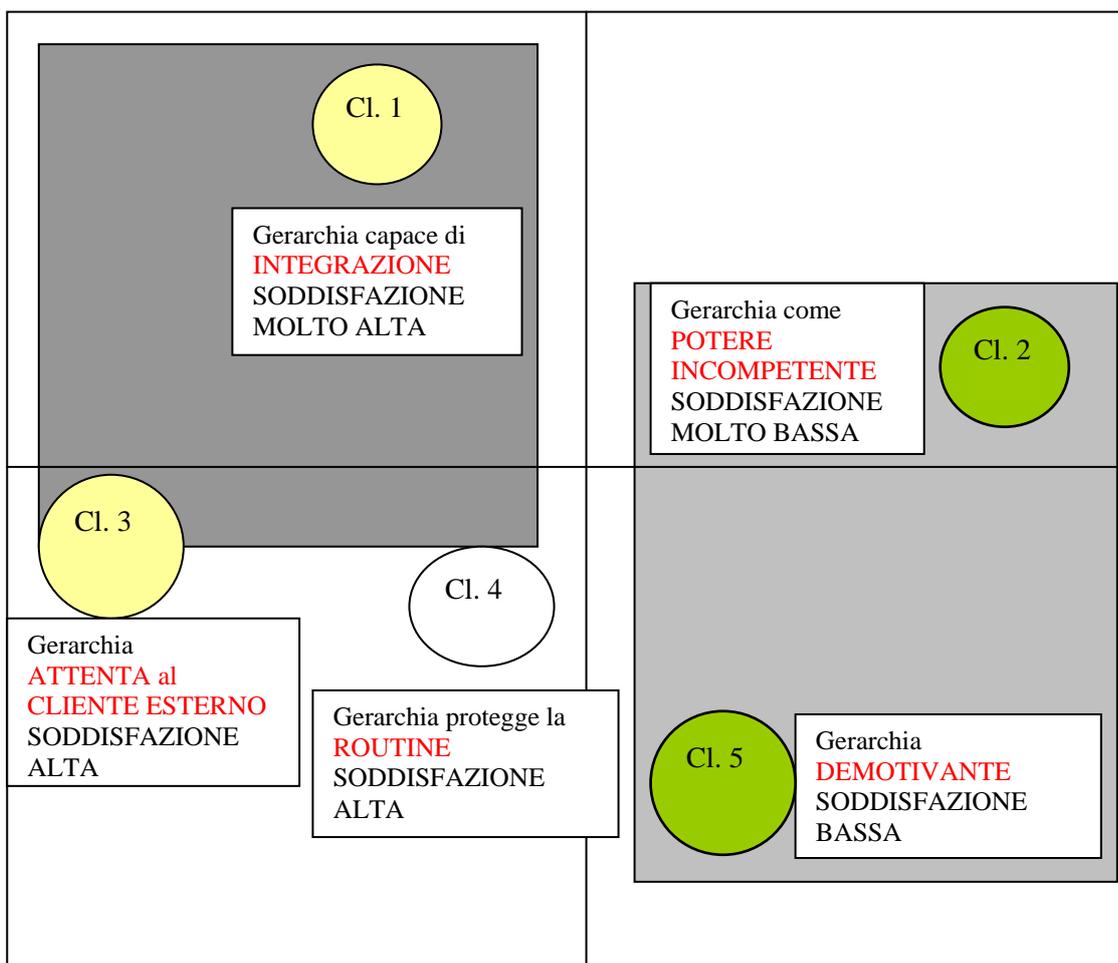
APPARTENENZA PROFESSIONALE



Le variabili illustrative considerate nella ricerca non sembrano marcare in modo rilevante le differenti culture emerse.

Il dato più importante sembra la contrapposizione tra *infermieri* e *medici* entro il secondo fattore. Gli infermieri appartengono all'area dell'alta soddisfazione e della cultura integrativa, mentre i medici del cluster 5 denotano una rilevante anomia professionale.

RELAZIONI CON LA GERARCHIA



La funzione attribuita alla gerarchia emerge come elemento rilevante di differenziazione, nel confronto tra le culture stesse.

Nel quadrante in alto, a sinistra dello spazio culturale, si evidenzia una gerarchia organizzativa capace di stimolare e verificare l'integrazione tra le differenti competenze e tra i diversi ruoli, entro il servizio (cluster 1); una gerarchia capace di orientare l'azione professionale, e la dinamica simbolica correlata, al cliente e al prodotto finalizzato al cliente stesso (cluster 3). Siamo nel quadrante ove è alta la soddisfazione per il proprio lavoro, è valorizzato il servizio, è considerata prestigiosa la sua funzione entro il sistema sociale.

Nel quadrante in basso a destra, di contro, la gerarchia viene considerata quale potere incompetente, attenta solo a se stessa, desiderosa di evocare soggezione e dipendenza (cluster 2); è una gerarchia capace di demotivare gli operatori, creando una situazione di insoddisfazione e di delusione per il proprio lavoro (cluster 5).

Sul terzo fattore, come già si è visto per le altre variabili sino a ora considerate, anche la gerarchia sembra irrilevante, capace solo di avallare quell'atteggiamento di routine ripetitiva e monotona che la cultura esprime verso il lavoro, il cliente del lavoro, il contesto entro il quale il lavoro viene stancamente svolto.

PARTE SECONDA: INDICAZIONI OPERATIVE

Indicatori per lo sviluppo organizzativo

La cultura locale dei CSM presenta due aree contrapposte, di *accettazione* e di *rifiuto*, riferite al CSM come organizzazione, al lavoro svolto al suo interno, alla sua funzione e al contesto entro il quale il servizio opera. Vi è poi una terza area, ove il CSM non è rifiutato ma nemmeno accettato; si potrebbe dire sopportato: un'area ove il servizio è vissuto come routine immodificabile.

Considerando le due prime aree, si tratta di analizzare le componenti culturali che determinano la differenza di atteggiamenti e di cultura. Per vederne possibili sviluppi.

La funzione gerarchica e la sua relazione con l'anomia: autoritarismo e incapacità integrativa

Un primo dato, ed è a nostro parere il più rilevante, concerne l'*anomia*. Là dove si evidenzia sfiducia nella condivisione delle regole del gioco (sia all'interno del CSM, quanto nel contesto del territorio d'appartenenza e in Italia), si rileva anche insoddisfazione per il proprio lavoro e per la struttura in cui il lavoro si svolge, così come sfiducia in una possibile rivalutazione del CSM. La condizione anomica corrode i processi di convivenza e deteriora la fiducia in una possibile evoluzione del servizio. L'anomia, d'altro canto, è una condizione culturale "costruita" entro le culture emerse, non ineluttabilmente "data". Ci si può chiedere, allora, quali siano i fattori che contribuiscono alla costruzione della conduzione anomica. Differenziando, se possibile, le due culture che confluiscono entro l'area dell'anomia, quella del cluster 2 sul primo fattore, quella del cluster 5 sul secondo fattore.

In entrambe le culture si può rilevare come il più evidente fattore causale dell'anomia, sia il modo con cui è vissuto il rapporto gerarchico entro l'organizzazione del CSM. Ritorniamo a questa problematica. Come abbiamo detto, sul primo fattore si rappresenta, nel cluster 2, una gerarchia autoritaria che pretende solo soggezione dipendente da parte di chi lavora entro il servizio. Sul secondo fattore, di contro, si rappresenta una gerarchia incapace di costruire rapporti efficienti nel servizio, agendo sulle leve che possano motivare le differenti componenti del servizio a questa integrazione produttiva.

In estrema sintesi, abbiamo due modi di estrinsecare l'incompetenza, da parte della gerarchia, così come è rappresentata dalle culture in questione: l'autoritarismo da un lato, l'incapacità di creare integrazioni tra funzioni e di motivare alle relazioni produttive, dall'altro. Un *plus* autoritario e un *minus* nel motivare i propri operatori.

Il peso determinante della gerarchia e la mancanza di un amichevole e affidabile sistema di regole.

Interessante notare come vi sia una stretta relazione tra stili di gestione del CSM e sfiducia anomica. Riflettiamo su questo. Un primo interrogativo concerne la rilevanza della competenza gerarchica, vissuta dagli operatori come di estrema importanza non solo per il funzionamento del CSM, ma per la stessa fiducia nel sistema di convivenza. Sembra una rilevanza per certi versi "esagerata". Un tempo, di fronte all'incompetenza della gerarchia, si istituivano conflitti intensi entro le strutture organizzative. Gli operatori della sanità, così come i lavoratori in generale, avevano strumenti di contrapposizione efficaci per l'istituzione e la conduzione di tali conflitti: l'appartenenza ai sindacati, la coesione difensiva organizzata entro i differenti gruppi professionali, l'appartenenza a più sistemi organizzativi anche in conflitto tra loro; tutto questo consentiva una dialettica più articolata entro le organizzazioni. Sembra che, nelle culture analizzate, questo non sia più vero. Sembra che l'acquiescenza alla gerarchia sia talmente forte e acritica, da conferire all'incompetenza della gerarchia stessa un'influenza pesante e incontrastata sulla funzionalità del CSM.

Si può, allora, comprendere lo stretto legame tra anomia e atteggiamento nei confronti della gerarchia: si tratta delle due facce della stessa medaglia. L'anomia deriva dalla crisi, diffusa, dell'appartenenza a un sistema di regole affidabile, amichevole, ove il lavoro e la competenza siano

fondati su rapporti di riconoscimento affettivo dell'altro, sulla fiducia nell'accettazione affiliativa reciproca. Nelle due culture in analisi, questa dinamica di *reciprocità affettiva* è assente.

Lo sviluppo delle integrazioni orizzontali entro un'immagine della psichiatria profondamente cambiata.

Un primo indicatore di sviluppo, quindi, concerne la ricostruzione di relazioni di fiducia entro il CSM e il potenziamento di sistemi d'appartenenza trasversali, sindacati di categoria, gruppi professionali, organizzazioni di coordinamento tra servizi a base regionale o nazionale. Nelle culture anomiche, infatti, gli operatori sembrano abbandonati a se stessi e alla singola individualità, carenti di luoghi d'appartenenza che ridiano fiducia nei confronti del rispetto di regole condivise, consapevolezza circa la rilevanza del proprio gruppo professionale o, comunque, dei propri gruppi di riferimento.

E' possibile avanzare un'ipotesi sullo stretto rapporto tra dipendenza passiva dalla funzione gerarchica e anomia, presente quando si ha a che fare con una gerarchia incompetente. Nelle culture anomiche e reattive nei confronti della gerarchia da noi rilevate, manca ogni riferimento allo sviluppo professionale e tecnologico entro l'area della salute mentale. Così come manca ogni riferimento a una mission sociale apprezzata e valorizzata dal contesto. Il lavoro all'interno della salute mentale, quindi, sembra aver perso sia un riferimento prestigioso allo sviluppo della medicina, usualmente ancorato alla ricerca scientifica e ai progressi della tecnologia nel settore; quanto la consapevolezza della missione socio politica che la riforma basagliana aveva promosso negli anni sessanta e settanta del secolo scorso, culminati con la promulgazione della legge 180 del 1978.

Sembra che l'ancoraggio alla gerarchia sia, di fatto, l'unico elemento di promozione della propria professione e dell'immagine sociale del proprio lavoro. L'incompetenza della gerarchia, quindi, impedisce di vedere il cliente, di dare senso al proprio lavoro in riferimento alla soddisfazione del cliente, paziente e familiari, così come del contesto di vita del paziente stesso. La gerarchia non funziona da tramite tra il servizio e le relazioni entro il servizio da un lato; tra il servizio e il contesto, promuovendo l'immagine sociale di chi si occupa di salute mentale. Nelle culture anomiche, è venuto meno il prestigio associato ad una psichiatria d'avanguardia, nota e apprezzata in Europa per la sua scelta dirompente di eliminare gli ospedali psichiatrici quali luoghi di emarginazione e di reinserire il malato mentale entro i luoghi di appartenenza e di convivenza. Al contrario, si sente il peso di una psichiatria che non viene più accettata per il suo messaggio culturale e sociale; che viene, di contro, criticata per la sua pretesa di "accollare" e quindi imporre il malato mentale alla famiglia e al contesto di vita del paziente, con le difficoltà insite nella gestione di situazioni difficili e il sentimento di abbandono che a tutto questo consegue.

L'anomia, in sintesi, sembrerebbe derivare dal profondo cambiamento nell'immagine sociale della psichiatria, dall'incomprensione vissuta nei confronti del nuovo atteggiamento di familiari e contesto nei confronti del servizio; atteggiamento fondato sulla pressante richiesta di una soluzione ai problemi di convivenza con il malato mentale, e non più propenso a colludere con il movimento culturale e con i valori che avevano sostenuto la riforma basagliana. Vedremo che questo cambiamento culturale nei confronti della psichiatria esercita la sua influenza anche sulle culture non anomiche; qui, peraltro, sembra evocare una sorta di rifugio entro le relazioni "interne" al CSM. La gerarchia, autoritaria e incompetente, riassume in se stessa la perdita dei valori che avevano sostenuto la funzione psichiatrica negli ultimi trent'anni; funzione che, nel vissuto degli intervistati, si è ridotta, ora, a capi stupidamente autoritari o a leadership incompetente nel motivare gli operatori alla ricerca di nuovi valori e di nuovi significati nel proprio lavoro.

Il cliente come motore di sviluppo dell'integrazione.

L'attenzione al cliente ha profondamente innovato la dinamica del funzionamento organizzativo. L'attenzione al cliente⁹ ha dato nuovi obiettivi e nuove missioni alle più differenti strutture di produzione e, soprattutto, di servizio. Anche nell'ambito delle organizzazioni sanitarie, l'orientamento al cliente sta prendendo piede, pur se più lentamente che in altri comparti organizzativi. Come s'è detto più sopra, l'orientamento al cliente rappresenta una sorta di "filosofia" pervasiva, entro le relazioni organizzative. La soddisfazione del cliente diviene il motore sia della competenza individuale quanto delle relazioni tra competenze, entro l'organizzazione.

Il cliente "esterno", vale a dire chi fruisce del prodotto o del servizio, rappresenta l'obiettivo ultimo del funzionamento organizzativo. Ma la soddisfazione del cliente esterno è strettamente collegata alla promozione di comportamenti organizzativi volti, anche, alla soddisfazione del cliente "interno": ogni funzione, ogni competenza del ciclo lavorativo ha un suo cliente anche entro l'organizzazione, e può perseguire la soddisfazione del cliente, a partire da quest'area del cliente interno. Un esempio? La manutenzione del materiale rotabile, entro il servizio ferroviario, ha quali clienti interni, tra gli altri, il macchinista e il responsabile della conduzione del treno; ma anche il sistema di controllo del traffico ferroviario ha quale cliente interno il macchinista e i responsabili dei singoli treni. Questi ultimi, d'altro canto, hanno quale cliente il passeggero, che richiede sicurezza, puntualità, confort nel trasporto, gentilezza del personale, attenzione alle sue esigenze.

E' possibile che il paziente psichiatrico, con la sua famiglia e il suo contesto di vita, siano clienti del CSM? Ed è possibile che l'orientarsi al cliente esterno, si traduca nell'individuazione e nella valorizzazione del collega, del dipendente, del capo gerarchico come clienti interni? Si tratta di un interrogativo importante, perché la presenza di un "obiettivo – cliente" può rivestire una importante funzione di aggregazione e di funzionalità per il servizio.

Il cliente nei cluster 3 e 1.

Si è visto che il cliente compare in due raggruppamenti culturali, il cluster 3 e il cluster 1, sia pure con significati diversi.

Nel 3 si parla del cliente esterno, il paziente e il suo contesto di vita, senza alcuna menzione del cliente interno. In altri termini, si sottolinea la rilevanza del funzionamento organizzativo per la sola funzione volta a ottenere risultati con i pazienti e buoni rapporti con le loro famiglie. Viene, di contro, sottolineata la problematica dinamica dei rapporti interni al servizio: scarsa integrazione tra funzioni e competenze, mancata condivisione di obiettivi. L'attenzione al cliente, quindi, serve a superare i conflitti e le difficoltà di relazione entro il servizio, tra le diverse professionalità e tra i differenti gradi gerarchici.

Nell'1, di contro, il cliente è simbolizzato in modo amichevole e simpatico, entro una valorizzazione delle relazioni serene e gratificanti che l'appartenenza al servizio di salute mentale comporta. Sembra che la simpatia nei confronti del cliente-malato mentale sia da ascrivere al modello valoriale che regge questa cultura: cultura capace di idealizzare la funzione psichiatrica come nel recente passato, capace di destrutturare gli stereotipi negativi o problematici nei confronti del malato mentale, di coglierne gli aspetti emozionali e di renderlo simile a se stessi, in contrasto con la differenziazione diffidente dello stigma ancestrale. La motivazione valoriale che sostiene questa cultura è visibile nell'assimilazione delle istituzioni di salute mentale alla famiglia e alla chiesa, quali uniche strutture affidabili nel nostro paese.

⁹ Importante sottolineare che l'orientamento al cliente (*customer orientation* o anche *customer satisfaction*) non ha nulla a che fare con il vecchio adagio, noto nell'ambito culturale dei commercianti, che suona come: "il cliente ha sempre ragione!". Nulla di più diverso. L'orientamento al cliente implica l'assegnare al cliente del servizio o del prodotto la funzione di verifica del proprio operato. Con l'attenzione al cliente si abbandona la cultura per cui s'impone il proprio prodotto – servizio a un utente considerato come incompetente, incapace di valutare e a cui viene richiesto di accettare acriticamente quanto gli si impone. Il cliente è competente per "definizione", in quanto l'utilizzazione del prodotto – servizio gli dà il potere di verificarlo. Attenzione al cliente, quindi, significa andare oltre la verifica "tecnica" esercitata, da chi fornisce prodotti – servizi, sul processo di produzione; significa implicare il cliente nello stesso processo di verifica, facendo della soddisfazione nei confronti delle attese del cliente, l'obiettivo del proprio operare.

La presenza del cliente, entro le culture in analisi, pur correlate con l'alta soddisfazione per il proprio lavoro e con una fattiva relazione con la gerarchia del servizio, è ancora parziale e settoriale. Si può dire che, pur tenendo conto degli importanti rilievi fatti, manca una reale cultura del cliente entro i CSM.

Il cliente come fattore di sviluppo dei CSM.

L'attenzione al cliente, se compiutamente presente entro la cultura organizzativa del CSM, potrà facilitare il processo di sviluppo e di integrazione tra operatori, funzioni, professionalità.

Ciò è particolarmente importante in un settore della sanità, quello dedicato alla salute mentale, che non può contare in modo rilevante sulla funzione di promozione della professionalità svolta dall'innovazione tecnologica e dal rapido sviluppo delle tecniche applicative della ricerca scientifica avanzata, nel settore. L'attenzione al cliente consente di sviluppare una competenza, quella denominata competenza organizzativa, importante, dove alla cura si sovrappone, in misura rilevante, il reinserimento del malato con il potenziamento delle risorse locali che il reinserimento stesso necessariamente comporta.

Importante sottolineare che l'orientamento al cliente può utilmente fondarsi sulla cultura di "idealizzazione" della malattia mentale e sul parallelo intento di evitare l'istituzionalizzazione dei malati e la promozione di una loro accettazione entro il contesto sociale. Ma questo atteggiamento non basta. L'orientamento al cliente comporta il superamento (non la negazione) di atteggiamenti ideologici e valoriali, e l'acquisizione di competenze atte a *conoscere* l'attesa dei clienti e a *verificarne* la soddisfazione. L'orientamento al cliente, quindi, implica la competenza a conoscere le attese del contesto nei confronti del CSM e a indirizzare i propri interventi verso l'integrazione con tale attesa.

La conoscenza del contesto in cui i CSM operano e l'attenzione alla sua domanda

Un tempo, la colpevolizzazione del contesto aveva semplificato il problema del complesso rapporto tra malattia mentale, psichiatria e attese del contesto. C'era, al tempo, un orientamento culturale generale, nel paese, che facilitava questa semplificazione colpevolizzante; ciò avveniva in vari ambiti, non solo in quello della salute mentale. Oggi la situazione è radicalmente diversa. Le attese del malato mentale, ma soprattutto quelle del contesto in cui egli vive, sono importanti e vanno conosciute approfonditamente. Non va dimenticato che l'intervento psichiatrico, fondato su diagnosi e terapia, si muove in un ambito ove la "malattia" diagnosticata ha preso le mosse non tanto da un malessere del malato, quanto da un fallimento nei processi di convivenza. La crisi psichiatrica non è soltanto un evento individuale, ma è primariamente ancorata entro il contesto di vita e di appartenenza della persona in crisi. La psichiatria, quale branca della medicina, si occupa del malato e della sua malattia entro la triade classica: diagnosi – prognosi – terapia; l'orientamento al cliente nell'ambito della salute mentale, d'altro canto, può integrare quest'ottica medica con altre visioni della problematica correlata con il disturbo mentale, in primo luogo quella dello psicologo e dell'assistente sociale, per una conoscenza e un intervento nel contesto di vita del paziente stesso. I CSM, quindi, sono organizzazioni multidisciplinari ove l'integrazione è molto importante. L'integrazione, d'altro canto, è possibile solo ove l'attenzione al cliente (estesamente inteso) sia in grado di facilitare e dare senso alle differenti funzioni, ai diversi modi della conoscenza e alle differenti metodologie di intervento. Facilitare, dare senso ma soprattutto rendere coerenti i diversi interventi, o se si vuole sinergici. La sinergia è il contenuto necessario dell'integrazione.

Le linee dello sviluppo

Attenzione al cliente, superamento dell'anomia e ripristino delle attese di sviluppo professionale. Queste le tre linee di un possibile sviluppo organizzativo del CSM, quali appaiono ad una lettura dei dati emersi nella ricerca. Si tratta di linee di sviluppo fortemente ancorate a due dimensioni dell'organizzazione CSM: la *gerarchia* e il *cliente*.

Il problema più rilevante, tra quelli emersi nei CSM, è dato dalla presenza di una gerarchia autoriferita e dall'assenza del cliente quale organizzatore del lavoro e delle competenze professionali. Il 40% circa dei partecipanti alla ricerca appartiene all'area ove più evidente appare questa problematica.

Importante è l'inversione di questa tendenza. Ciò è possibile se la funzione della gerarchia, nel servizio, potrà assumere la responsabilità di conoscere e verificare le attese del cliente. A partire dal contesto familiare, dal vicinato del malato mentale e dal suo contesto lavorativo, ove esista. Questo è possibile se il CSM uscirà dalle mura del servizio, per inaugurare o sviluppare una sua presenza costante nel territorio; non solo per intervenire sulla crisi o per motivare al contenimento dei pazienti, quanto *per conoscere, con nuove categorie, le attese e le risorse del contesto stesso*. In molti CSM tutto questo viene fatto, ma senza una approfondita consapevolezza di operare con l'obiettivo di incrementare la soddisfazione del cliente.

L'orientamento al cliente comporta una inversione nelle relazioni di potere; l'ambito sanitario è chiamato ad una rinuncia al potere sull'altro, che deriva dalla competenza medica e che implica dipendenza nei suoi confronti; le *attese del cliente* potranno assumere un potere di orientamento dell'azione sanitaria. Ciò non comporta, ovviamente, abdicare alla competenza; implica, di contro, mettere la competenza al servizio della soddisfazione del cliente. Può essere interessante osservare come lo sviluppo della competenza orientata al cliente possa, nell'ambito della salute mentale, integrare in modo utile la relativa stasi nell'evoluzione delle tecnologie d'intervento. L'orientamento al cliente, in sintesi, potrebbe sostituire quell'orientamento valoriale che stava alla base della riforma basagliana, e proseguirne lo sviluppo su basi diverse, ma coerenti con la cultura che aveva orientato quella riforma. Le potenzialità insite nell'orientamento al cliente si possono riflettere anche sulle attese di sviluppo professionale, proponendo nuove linee di competenza e nuove conoscenze per la loro realizzazione. Così come si possono riflettere sul cambiamento di funzione della gerarchia, che in questa prospettiva può assumere la funzione di guida e di verifica dei risultati perseguiti nei confronti della attesa del cliente.

La relazione tra competenza diagnostica e competenza a sviluppare sistemi di convivenza.

Un tempo, Fornari individuava una sostanziale diversità tra relazione medica e relazione dello psichiatra con il malato mentale. Nella relazione medica, il medico aggredisce il male *altro*, in nome di una difesa del bene *proprio* della persona malata: qui è possibile una committenza e la configurazione di un cliente. Nella malattia mentale, sosteneva lo psicoanalista milanese, male *altro* e bene *proprio* non sono distinti, creando la condizione per cui lo psichiatra, aggredendo il male *altro*, non può non aggredire anche il bene *proprio* del malato. Di qui l'assenza di una committenza nel caso dell'operare psichiatrico; assenza visibile esplicitamente nel TSO, ove il ricovero e l'applicazione del trattamento avvengono nella forma dell'"obbligo" prescritto dal sistema sociale più ampio, contro o indipendentemente dalla volontà del malato.

Si tratta di ampliare la visione del cliente, e anche nell'ambito psichiatrico è possibile sviluppare l'orientamento al cliente. Nell'ambito medico, è l'alterazione dello stato di salute di una singola persona che motiva la persona stessa (o un suo familiare nel caso, ad esempio, di un bambino o di una persona molto anziana) a richiedere l'intervento. Nel caso della malattia mentale, di contro, la motivazione non deriva dall'alterazione dello stato di salute; deriva, nella gran parte dei casi, da problemi insorti entro le relazioni sociali. Il committente dell'SPDC e dei CSM è sovente il contesto sociale, in difficoltà per l'*alterata condizione di convivenza* determinata dalle manifestazioni comportamentali del disturbo mentale.

E' funzione della psichiatria il trasformare un fallimento dei sistemi di convivenza in una *diagnosi di disturbo mentale*, a carico del singolo individuo. Processo importante per rendere possibile un intervento terapeutico volto a ristabilire, per quanto è possibile, un equilibrio nel sistema di convivenza (la famiglia, ma anche il contesto lavorativo o di studio, i rapporti di vicinato, le relazioni amicali).

Al tempo stesso, *la conoscenza delle attese che caratterizzano i differenti sistemi di convivenza* può assumere una funzione importante per ancorare l'intervento del CSM al reinserimento del malato mentale. Conoscenza della committenza, evidentemente, non significa adesione acritica alle attese esplicite e pressanti che i differenti contesti possono esercitare nei confronti del CSM o dei servizi psichiatrici nel loro complesso; significa, di contro, aiutare le persone presenti nel contesto ad analizzare la loro domanda, a coglierne il senso, a collaborare con il servizio entro strategie condivise e concordate.

Ciò richiede non solo una competenza concernente il singolo e il suo disturbo, quanto anche una competenza nell'ambito della relazione. Quella stessa competenza entro la relazione che caratterizza la funzione manageriale, di guida di un'organizzazione. Siamo così ritornati alla gerarchia.

Il cluster 4. La cultura della routine.

Il cluster 4, sul terzo fattore, può aiutare a capire il problema dello sviluppo necessario entro il binomio gerarchia – cliente. Si tratta di una cultura ove viene valorizzata la routine eguale a se stessa, apprezzata per l'assenza di problemi, più che per la presenza di situazioni di stimolo alla crescita del servizio e della propria competenza professionale. Si tratta di una cultura orientata ad escludere problemi e difficoltà, una sorta di “cultura del quieto vivere” che si accontenta del presente e che ha fiducia soltanto in un futuro migliore, senza ancoraggi al presente, quasi una fede nel miracolo. In questa cultura la routine sembra correlata con la ripetitività senza sviluppo della tecnicità medico psichiatrica. Ma anche con l'assenza di ogni altro ambito di sviluppo, alternativo alla tecnicità. E' questa la cultura che presenta il pericolo maggiore per il CSM. Anche perché si tratta di una cultura caratterizzante il Nord, e il Nord Est in particolare; si tratta, inoltre, di una cultura che connota, assieme al cluster 5, l'area professionale dei medici. Di qui la necessità di individuare linee strategiche per lo sviluppo del CSM. Senza una speranza di sviluppo e una competenza strettamente collegata alla realizzazione dello sviluppo, il rischio è grave: quello di vedere una sorta di regressione entro il servizio, ove anche le posizioni culturali più “avanzate”, quelle dei cluster 3 e 1, possano assestarsi sulla routine del cluster 4, per poi regredire ulteriormente sulle posizioni di profonda insoddisfazione e di assenza di speranza nello sviluppo personale e del servizio, che caratterizzano i cluster 2 e 5.

Conclusioni

Le linee di uno sviluppo dei CSM, a partire dai dati emersi nella nostra ricerca, implicano un più esteso ancoraggio dell'azione organizzativa al cliente; questo ancoraggio, d'altro canto, è possibile solo se la gerarchia del servizio è in grado di promuovere e sviluppare motivazioni e competenze adeguate all'obiettivo di rispondere alle attese del cliente.

Tutto questo comporta una evoluzione delle dimensioni culturali del CSM, importanti e problematiche ad un tempo. Si tratta, in sintesi, di promuovere un cambiamento lungo le seguenti linee:

a – ripristino di una fiducia nello sviluppo professionale delle differenti professionalità che operano nel CSM, con particolare riferimento a quella dei medici

b – superamento dell'atteggiamento valoriale che propone una lettura della malattia mentale, in qualche modo coerente con una situazione socio – politica e culturale ormai obsoleta; recupero, è importante sottolinearlo, delle promesse e degli obiettivi della riforma basagliana, ma in relazione stretta con le attese del contesto sociale in cui il malato mentale è iscritto; contemporanea rinuncia a “imporre” un reinserimento fondato sulla colpevolizzazione del sistema sociale e del contesto familiare che dovranno farsi carico del reinserimento stesso

c – elaborazione della crisi anomica che consegue all'obsolescenza del prestigio sociale e della missione valoriale del recente passato; ciò è possibile con l'individuazione di nuovi obiettivi per il servizio, coerenti con quelli del passato ma attenti ad un necessario adeguamento alla situazione

presente; tutto questo richiede l'elaborazione di nuove competenze e la riorganizzazione di nuovi compiti per la gerarchia del CSM

d – valorizzazione delle diverse competenze professionali presenti nel CSM, e potenziamento delle integrazioni orizzontali tra diversità professionali

e - despecializzazione della funzione gerarchica e assunzione da parte dei responsabili di precise funzioni manageriali: promozione delle integrazioni orizzontali, sviluppo di competenze volte alla conoscenza delle attese del cliente (paziente, famiglia e contesto di vita e di lavoro del paziente stesso), al fine di orientare l'azione del servizio all'analisi delle attese e alla loro soddisfazione

f – elaborazione di nuove pratiche di verifica della funzionalità del servizio; verifica ancorata alla soddisfazione delle attese del contesto, in stretta relazione con la competenza professionale e la corretta applicazione di tecniche validate di intervento

g – attenzione alla nuova utenza del CSM e sviluppo di competenze specifiche, differenziate da quelle di stretta pertinenza psichiatrica, più attente alla domanda dell'utenza, all'applicazione di interventi psicoterapeutici, alla verifica degli interventi stessi

PARTE TERZA: METODOLOGIA DELLA RICERCA

Committenza e obiettivi della ricerca

L'intento della ricerca è quello di individuare la Cultura Locale dei CSM italiani. Ciò comporta due considerazioni preliminari: la committenza della ricerca e lo scopo della ricerca stessa.

Il committente è il Ministero della Salute, interessato allo svolgimento di una ricerca volta a promuovere lo sviluppo della competenza psicosociale entro i CSM. In sintesi, *la promozione della competenza psicosociale* rappresenta l'obiettivo dell'intervento e la ricerca sulla Cultura Locale si propone quale prima fase del progetto stesso.

La competenza psicosociale entro un sistema organizzativo prevede, quale condizione di base per il suo sviluppo, la conoscenza critica della Cultura Locale del sistema stesso. Il progetto per lo sviluppo della competenza psicosociale nei CSM, quindi, prevede una prima fase di *rilevazione, diffusione e discussione* dell'analisi sulla Cultura Locale, a tutti i CSM partecipanti alla ricerca. Questo è l'obiettivo del presente rapporto.

Il progetto prosegue con una riflessione sul funzionamento organizzativo del CSM, a partire dai dati sulla Cultura Locale. Questa seconda fase del progetto sarà realizzata nel periodo novembre 2008 – maggio 2009 con 15 CSM italiani, interessati alla sperimentazione e dislocati al Nord, Centro e Sud del paese. La Cultura Locale dei 15 CSM verrà analizzata una seconda volta al termine degli incontri con lo staff della ricerca, con l'obiettivo di verificare possibili cambiamenti. I risultati dell'intero intervento verranno messi a disposizione dei CSM italiani, alla fine dell'intervento stesso.

La Cultura Locale

Una definizione di Cultura Locale

Torniamo al metodo utilizzato per l'indagine: la rilevazione della Cultura Locale. E' prioritariamente importante definire cosa intendiamo con questa espressione. La nozione di Cultura Locale (C. L.) nasce, assieme a quella di collusione, con l'obiettivo di proporre un modello per la rilevazione e l'analisi delle relazioni sociali, entro la teoria psicoanalitica delle emozioni.

Per Cultura Locale s'intende la *simbolizzazione emozionale collusiva di specifici "oggetti" della realtà, da parte delle persone che condividono uno specifico contesto*; nella situazione che utilizziamo nell'ambito di questa ricerca: la rappresentazione del proprio CSM, da parte delle persone che lavorano al suo interno; ma anche la rappresentazione della figura professionale dello psicologo entro la popolazione della regione Toscana, la rappresentazione del sistema bancario entro un campione rappresentativo della popolazione italiana, la rappresentazione delle Nuove Tecnologie dell'Informazione entro la stessa popolazione italiana, la rappresentazione del traffico e delle norme sul traffico nella popolazione romana. Potremmo continuare a lungo, viste le differenti utilizzazioni che il nostro gruppo di ricerca ha fatto di questa metodologia di rilevazione. La rilevazione della Cultura Locale è possibile in molte situazioni, là dove può dare informazioni e linee strategiche utili per impostare e realizzare un intervento psicologico clinico. Nella nozione di Cultura Locale si intersecano la teoria concernente la *simbolizzazione emozionale* di specifici oggetti e quella di *contesto*; costrutti atti a definire sia gli oggetti che si intendono studiare come la loro simbolizzazione collusiva.

Nella presente ricerca, come s'è detto, la dinamica collusiva analizzata ha, quale oggetto, la rappresentazione del Centro di Salute Mentale, così come questo servizio viene simbolizzate dagli operatori che, nei differenti gruppi professionali, lavorano all'interno del CSM stesso. Si tratta di studiare la rappresentazione del CSM, del suo cambiamento, della sua evoluzione, della sua funzione, ma anche della soddisfazione sul lavoro, dei rapporti tra le diverse componenti del

servizio e altro ancora, come vedremo più specificamente tra breve. Pensiamo alla popolazione che partecipa alla ricerca e alle variabili illustrative che la caratterizzano: gruppi di età, sesso, titolo di studio e condizione lavorativa. Pensiamo, anche, all'emergere di differenti atteggiamenti nei confronti del CSM: ad esempio l'*accettazione* o il *rifiuto* del CSM e della sua "vivibilità", per restare entro una dimensione radicalizzata dell'atteggiamento stesso. Ebbene, considerando le sole variabili illustrative, potremmo rilevare (è solo un esempio) che gli infermieri, e gli operatori più anziani accettano il CSM; mentre il gruppo dei medici e gli operatori più giovani lo rifiutano. Quali informazioni potremmo trarre da questa rilevazione? Poco, molto poco. Infatti, non avremmo alcun elemento esplicativo del fenomeno rilevato: non potremmo formulare alcuna ipotesi sulle ragioni dell'accettazione o del rifiuto da parte di specifiche componenti della popolazione che lavora nel servizio. Questo, per un motivo semplice quanto evidente: non esiste, nelle teorie che fondano gli studi sulla rappresentazione di un servizio di salute mentale, alcuna ipotesi circa la relazione tra l'accettazione o il rifiuto del servizio stesso e del proprio lavoro, e le variabili illustrative che abbiamo ora descritto. Non ci sono ipotesi sul rapporto tra accettazione - rifiuto del CSM e l'essere uomini o donne, l'appartenere ad uno specifico gruppo di età, l'essere infermieri, assistenti sociali o medici. Potremmo di certo, una volta rilevati i dati, ipotizzare un senso nel rapporto tra accettazione da parte degli anziani e rifiuto manifestato dai giovani: ad esempio il fatto che il servizio non preveda sviluppo professionale rilevante per chi lavora al suo interno, e al contempo sia fondato su valori condivisi, riferiti a posizioni ideologiche del passato; ma sarebbero *ipotesi basate sullo stereotipo presente nel ricercatore o nelle informazioni che sporadicamente vengono conosciute sulla base di conoscenze o commenti sul servizio, non sulla lettura di informazioni derivanti dai dati*¹⁰.

Per la rilevazione della Cultura Locale serve una maggiore complessificazione dello studio sugli atteggiamenti e sulle culture che, dalle simbolizzazioni affettive, traggono origine. Le opinioni, le valutazioni degli oggetti, la loro simbolizzazione emozionale, sono dimensioni che non si riferiscono mai ad un solo aspetto della realtà; e non sono mai caratteristiche di una singola persona. *Molteplicità degli oggetti e molteplicità delle persone: ecco gli elementi qualificanti che organizzano una C. L..*

Il problema è quello di cogliere le interazioni tra questa duplice molteplicità e fonte di variabilità, di evidenziarne le articolazioni e le differenziazioni, sapendo che quanto viene colto va situato entro uno specifico momento storico. Sottolineiamo che la "molteplicità" di cui stiamo parlando non ha a che fare con una sommatoria di elementi (oggetti della simbolizzazione e persone che simbolizzano), quanto con l'*interazione* tra gli elementi stessi. Degli oggetti abbiamo detto: non si tratta di rilevare la simbolizzazione nei confronti, restando nell'esempio, del CSM e dei suoi vari aspetti: gli obiettivi e la funzionalità del servizio e il rispetto delle regole e l'affidabilità delle singole persone e i principali fattori di sviluppo. Otterremmo, in una logica di sommatoria delle rilevazioni, tante opinioni nei campi e sugli argomenti più disparati, senza alcun criterio per mettere assieme i dati stessi. Poniamo, invece, che si chieda alle persone di valutare gli strumenti più adeguati per avere successo nel proprio CSM; poniamo anche che, a questo proposito, si pongano due alternative: *far parte di gruppi di potere o progettare strategie di sviluppo e anticipare i cambiamenti*. Facciamo anche l'ipotesi che ciascuna delle due modalità proposte sia correlata sperimentalmente con un modello specifico e già validato della *vision* nei confronti della vita organizzativa e sociale: l'appartenenza ai gruppi di potere come opportunismo sociale e speranza di appoggi per migliorare la propria posizione; la progettazione che anticipa i cambiamenti come capacità di orientare strategicamente il proprio sviluppo. Abbiamo, così, un ancoraggio importante per capire con quale dimensione simbolica le persone rappresentano il proprio sviluppo. Poniamo ora che si chieda se gli operatori del CSM siano *interessati solo a se stessi e alla propria famiglia*,

¹⁰ Sottolineiamo con forza questo rilievo. In molte ricerche si cercano "dati", senza ipotesi circa i modelli che fondano lo strumento di rilevazione e il loro senso. Si "spiegano", poi, i dati stessi sulla base del senso comune, o degli stereotipi presenti nella cultura del ricercatore. Queste ricerche sono spesso inutili, talvolta pericolose per la loro pretesa di "dimostrare" sperimentalmente i pregiudizi dello sperimentatore.

oppure siano *rispettosi delle regole* oppure, ancora, *impegnati a migliorare la convivenza*: ecco un *item* che esplora l'incidenza del familismo, nei confronti di un'adesione alla norme fine a se stessa, o di un impegno che tenga conto degli *altri* entro la dinamica della convivenza; dall'impegno familista all'adempimento normato, all'impegno per uno sviluppo della socialità. Siamo ora in possesso di due informazioni: sarà importante vedere come queste informazioni interagiscono, per poter porre alcune ipotesi sulla cultura a cui possono dare origine. Se, ad esempio, otteniamo con queste domande un raggruppamento del tipo: *far parte di gruppi di potere/interessati solo a sé e alla propria famiglia*, ebbene possiamo lecitamente proporre inferenze che differenziano, tale raggruppamento, da un altro del tipo: *anticipare i cambiamenti/migliorare la convivenza*. Ipotizziamo ora che l'accettazione del CSM e la soddisfazione per il proprio lavoro sia una caratteristica del secondo gruppo, mentre il rifiuto e l'insoddisfazione siano a carico del primo. Ebbene, avremo alcuni elementi su cui fondare l'analisi della cultura di accettazione o di rifiuto nei confronti del CSM, della sua "vivibilità".

Se le dimensioni proposte sono molteplici, potremo individuare differenti raggruppamenti, costituiti da alcune tra le diverse variabili introdotte nel questionario; potremo così ipotizzare differenti modelli di Cultura Locale.

Analoghe considerazioni possono essere fatte a proposito delle persone partecipanti alla ricerca. Se le si considera "una ad una", la loro funzione sarà soltanto quella di aggiungere numerosità alle risposte: con 100 soggetti, potremmo rilevare la seguente distribuzione: 40 di essi affermano che nel CSM prevale il familismo; 37 dicono che è prevalente il rispetto normato; 23 lo sviluppo della convivenza. Non sarà facile l'utilizzazione di questo dato. Ma se le risposte dei differenti soggetti viene messa in relazione con la molteplicità delle questioni poste, allora l'interazione tra soggetti e risposte date alle varie questioni potrà fornire *raggruppamenti di soggetti/risposte* più facili da interpretare ai fini del rilievo delle componenti culturali.

Allo scopo di evidenziare e misurare le Culture Locali, lo Studio di Psicosociologia di Roma ha elaborato la metodologia ISO (Indicatori di Sviluppo Organizzativo).

Si tratta di una metodologia che propone, all'interno di un questionario preparato ad hoc per le differenti aree di indagine, domande che concernono opinioni e atteggiamenti nei confronti del sistema sociale italiano e territoriale, nei confronti delle differenti istituzioni e delle più varie figure professionali, assieme a domande che indagano sull'oggetto specifico della ricerca: nel nostro caso l'immagine del CSM, in relazione ai temi della funzionalità del servizio, del suo sviluppo e del suo cambiamento, del lavoro che si svolge al suo interno, della soddisfazione per le differenti componenti del proprio lavoro, così come altre aree di indagine¹¹. E' importante sottolineare che la costruzione di ogni domanda, o gruppo di domande, avviene in base a *specifici modelli di lettura della dinamica collusiva entro il sistema delle relazioni sociali*. Non si tratta, in ISO, di domande conoscitive il cui senso è esplicito e definito dalla domanda stessa: indici di gradimento o di accettazione di specifici oggetti della realtà, rilievo di opinioni o di reputazione, valutazioni riferite al proprio passato o alla propria esperienza e così via. Di contro, nella metodologia ISO, con il questionario si analizza una complessa serie di dimensioni e di modelli psicosociali, capace di sondare componenti rilevanti della cultura caratterizzante il gruppo di chi partecipa alla ricerca. Vedremo più avanti di cosa si tratta.

Il trattamento statistico dei dati prevede l'analisi di *tutte le risposte alle varie questioni* (ad esempio in riga), *prodotte da tutti i partecipanti* alla ricerca (ad esempio in colonna). Tutti i dati ottenuti vengono *trattati assieme*, con l'obiettivo di individuare delle connessioni tra risposte alle differenti domande e insieme degli individui: connessioni atte a *ridurre la variabilità delle risposte dei singoli* e ad evidenziare specifici cluster di risposte/individui che diano indizi sulle culture collusive che fondano i cluster stessi. Ci sono fondati motivi per poter ipotizzare una relazione stretta tra processi collusivi che caratterizzano le differenti culture (in relazione, non dimentichiamolo,

¹¹ In appendice verrà presentato il Questionario ISO utilizzato per questa ricerca

all'oggetto dell'indagine) e processo statistico che porta all'individuazione dei cluster di risposte/individui entro lo spazio fattoriale di analisi dei dati.

La C. L., quindi, trae origine dalla riduzione (statistica e psicologico clinica) della variabilità individuale. Sappiamo che l'interazione sociale produce simbolizzazioni emozionali collusive; sappiamo anche che tali simbolizzazioni, condivise da chi vive lo stesso contesto, consentono la riduzione dell'originaria *ambiguità* emozionale nei confronti degli oggetti di realtà con i quali i gruppi sociali entrano in relazione¹². La riduzione dell'ambiguità nei confronti degli oggetti di

¹² La relazione con gli "oggetti" simbolizzati emozionalmente, che fonda il nostro rapporto con la realtà, è connotata dall'ambiguità: una difficile e quotidiana commistione di emozioni che portano a vivere l'altro come amico e *al contempo* come nemico; come potente e *al contempo* debole; come appartenente, interno a noi, e *al contempo* estraneo, fuori di noi. Utilizziamo il termine *ambiguità*, sostituendolo a quello di *ambivalenza*, più frequentemente usato per indicare una simile modalità di rapporto emozionale con gli oggetti della realtà esterna a noi; riteniamo, infatti, che nella sua vera accezione l'ambivalenza indichi già un modo per "risolvere" l'ambiguità. Parliamo di quell'insieme infinito di emozioni che Matte Blanco chiamava "sacche di simmetria" e che corrispondono alla polisemia con cui viene investito, originariamente, l'oggetto: un oggetto che è ancora confuso con il nostro mondo interno e che, per acquisire una connotazione "realistica" ha bisogno di veder risolta, appunto, l'ambiguità: connotandosi emozionalmente entro schemi emozionali più definiti, quale lo schema amico-nemico, quello dentro-fuori o altri di simile funzione.

L'ambiguità, o meglio ciò che corrisponde emozionalmente a quanto chiamiamo ambiguità, è la modalità originaria con cui il modo inconscio della mente vive la relazione. Amico e nemico, fuori e dentro, potente e debole, presente e assente, d'altro canto, sono categorie descrittive che ci aiutano a parlare, sia pur approssimativamente, di eventi emozionali che siamo "costretti" a comunicare, anche in questo scritto, tramite il linguaggio; definizioni, già organizzate e orientate emozionalmente, di quanto si vive entro la "logica delle emozioni", ben lontana dalla logica che organizza e intenziona il linguaggio. Il modo d'essere inconscio della mente è, con Matte Blanco (1975), omogeneo e indivisibile; si differenzia dal modo d'essere della mente che utilizziamo per pensare, parlare, percepire e dare significato agli oggetti della realtà, che l'Autore chiama eterogenico e dividente. Quest'ultimo ha la funzione di stabilire relazioni tra gli oggetti, mentre il modo d'essere inconscio della mente fonde tra loro gli oggetti, entro *classi di generalizzazione* sempre più ampi; al contempo destruttura le asimmetrie della relazione, per formare *classi di simmetria* ove scompare ogni differenza e ogni relazione tra differenze. Se il modo eterogenico e dividente può separare e distinguere tra i differenti aspetti della realtà, la contemporanea presenza *attiva* del modo d'essere omogeneo e indivisibile conferisce agli stessi aspetti della realtà una confusa connotazione emozionale, che connota ad esempio uno specifico oggetto come "amico" e contemporaneamente "nemico".

L'originaria ambiguità può indurre ansia; giustifica la propensione a "risolvere", in un modo o nell'altro, la relazione ambigua e quindi non definita emozionalmente, con gli oggetti. L'agito emozionale serve allo scopo: quando si agiscono le emozioni, l'oggetto che è il destinatario dell'agito diviene univocamente "amico" o "nemico", se l'ambivalenza originaria concerne questo primitivo "schema" di simbolizzazione. Soluzione dell'ambiguità e agito emozionale sono processi temporalmente sincroni: non c'è soluzione dell'ambiguità senza agito emozionale; l'agito emozionale implica, sempre, una soluzione dell'ambiguità insita nella simbolizzazione dell'oggetto a cui l'agito è rivolto. Se, di contro, la simbolizzazione emozionalmente ambigua viene "pensata", allora è possibile elaborare l'ambiguità originaria, è possibile coglierne le motivazioni, districarne le contraddizioni, costruire un pensiero "dividente" che stabilisca rapporti tra i vari aspetti dell'oggetto originariamente ambiguo.

Seguendo queste brevi note, si può affermare che il modo inconscio della mente si manifesta tramite l'ambiguità emozionale, intesa come configurazione emozionale contraddittoria e indefinita degli oggetti con i quali si entra in rapporto. E' l'agito da un lato, il pensiero che organizza e prelude all'azione dall'altro, che possono condurre alla definizione emozionale degli oggetti e quindi ad una relazione organizzata con loro. Va anche ricordato che l'originaria ambiguità è una risorsa per la nostra conoscenza della realtà oggettiva, per un adattamento non stereotipale e capace di una relazione con l'oggetto ambiguo, quindi estraneo. La soluzione dell'ambiguità comporta la trasformazione dell'oggetto in un interlocutore definito emozionalmente, ma viene pagata con la perdita della possibilità di scambio con l'estraneo. La soluzione dell'ambiguità comporta la trasformazione dell'estraneo in un oggetto che si può possedere, quindi il passaggio dallo scambio al possesso.

La tolleranza dell'ambiguità originaria, associata agli oggetti della relazione, è difficile. Comporta la mancata soluzione dell'indeterminatezza emozionale dell'oggetto, comporta quindi la capacità di stabilire relazioni con oggetti che non siano definitivamente configurati, sotto il profilo emozionale, come "buoni" o "cattivi", come "amici" o "nemici". Le componenti rituali delle culture possono essere intese quali modi per dare all'ambiguità una soluzione rassicurante e canalizzata entro linee di relazione usuali, ad esempio di relazione amica. La difficoltà di tollerare l'ambiguità è ben nota nella relazione psicoterapeutica ad orientamento psicoanalitico, dove il silenzio dell'analista può essere mal tollerato dal paziente che *vuole* configurare lo psicoterapeuta, fin dai primi momenti della relazione, entro lo schema amico-nemico. L'erotizzazione della relazione, ad esempio, può essere un modo per dare una soluzione emozionale all'ambiguità dell'oggetto entro la psicoterapia psicoanalitica. In una lettura che utilizzi le categorie ora proposte, la psicoanalisi può essere vista quale storia delle diverse soluzioni dell'ambiguità, agite entro la relazione analitica. Ma

realtà, d'altro canto, è un processo che concerne “gruppi” di oggetti e “gruppi” di individui. Gli oggetti che hanno tra loro una stretta relazione simbolico - emozionale, vengono trascinati “assieme” entro dimensioni del tipo amico/nemico, e ciò avviene entro la relazione sociale, quindi ad opera di più individui in relazione tra loro. La riduzione “sociale” dell’ambiguità è la risultante di un processo collusivo, e genera una “condivisione” (emozionale) di simbolizzazioni emozionali specifiche per chi partecipa a tale processo collusivo. Ecco come vengono generate le Culture Locali. Il termine “cultura” implica, per noi, la partecipazione emozionale condivisa, da parte di un gruppo di persone, ad un processo collusivo; il termine “locale”, a sua volta, sta ad indicare la specificità dell’insieme degli oggetti di realtà che vengono trasformati, dall’ambiguità originaria, entro simbolizzazioni emozionali condivise e la specificità dell’insieme di persone che simbolizzano collusivamente tali oggetti.

Questionari tradizionali e Questionario ISO

Qualche osservazione sulla funzione assegnata all’*individuo* nell’ambito dei questionari tradizionali e nell’ambito dello studio della Cultura Locale. Ricordiamo che la psicologia clinica si propone quale *psicologia della relazione*; quindi, nel caso più semplice, quale psicologia della relazione tra due persone, entro uno specifico contesto. Richiede, quindi, modelli che concernono la relazione tra due o più persone, non solo modelli riferiti ai singoli individui. La ricerca “clinica” in psicologia, d’altro canto, sembra fortemente deficitaria nell’elaborazione di modelli di indagine orientati a studiare e misurare quanto succede *entro la relazione*. Si tende, di contro, a orientare i propri studi sull’individuo. Quando si interpellano più individui, assieme, si cercano invarianze tra individui, capaci di trasformare una caratteristica di un singolo in una legge “generale”, perché estensibile a “campioni rappresentativi dell’universo”. Oppure ci si propone di confrontare gruppi di individui, messi assieme e differenziati tra loro per specifiche variabili indipendenti. Nei due casi, i singoli individui concorrono a determinare nel loro insieme una *varianza* tra i dati: tale varianza, se più piccola all’interno dei singoli gruppi che nel confronto tra i gruppi, potrà confermare la significatività delle differenze tra medie di dati, entro un confronto tra i due gruppi. In entrambi i casi, si tratta di un approccio statistico ove il trattamento dei singoli dati si riferisce ai differenti individui *considerati uno ad uno*, con il loro singolo risultato ad un test, con il dato derivante dalla singola misurazione su ciascuno di loro effettuata. Vediamo un esempio: chiediamo a cinquanta operatori del CSM quanto ritengono che il loro servizio sia amichevole, poniamo su una scala da 1 a 8; per trarre qualche conclusione da questa valutazione, debbo guardare al valore medio delle risposte che i cinquanta operatori hanno dato; valore medio che, poniamo, sia 4.86. Ciascun operatore contribuisce, con la sua risposta, a determinare quel valore medio. La varianza tra le cinquanta risposte è solo un impedimento, o se si vuole un’informazione su quanto siano diverse le opinioni delle cinquanta persone entro la valutazione che abbiamo loro richiesta.

anche l’esperienza quotidiana di ciascuno di noi, entro la relazione sociale, può essere letta attraverso la categorizzazione delle diverse soluzioni dell’ambiguità emozionale, incontrata nei nostri rapporti usuali. Le regole del gioco entro le relazioni, i ruoli sociali, le configurazioni del potere entro i rapporti, le categorie di conoscenza dell’altro sono tutte modalità volte a dare una soluzione sufficientemente stabile all’ambiguità emozionale, *inevitabile* entro ogni esperienza relazionale. Se, ad esempio, l’ambiguità viene risolta con una lettura del tipo amico-nemico, allora ci si potrà mettere in relazione con l’altro, l’estraneo fonte di ambiguità, tramite modalità di attacco-fuga, di dipendenza o di accoppiamento, per seguire il modello degli assunti di base proposti da Bion. Se di contro si tollera l’originaria ambiguità dell’estraneo, si potrà vivere un’esperienza di scambio ove la soluzione dell’ambiguità sarà, via via, l’esito elaborato entro lo scambio stesso. Si pensi, ad esempio, alla relazione ambigua con il cibo in un paese estraneo a noi, quale l’India. Ci sono persone che risolvono l’ambiguità verso un cibo sconosciuto con una categoria ripetitiva e semplice: *speziato* significa *nemico*. Di qui la ricerca di cibi “non speziati”, nella patria delle spezie. Di qui, anche, l’impossibilità di conoscere un universo culinario complesso e variegato, con il solo obiettivo di evitare un aspetto dell’estraneità (l’uso delle spezie, il sapore delle spezie) simbolizzato come nemico. Questi processi di drastica e pragmaticamente violenta riduzione dell’ambiguità, d’altro canto, accompagnano quotidianamente l’esperienza di relazione sociale in tutte le culture. Sino al punto da far sembrare *utopica* l’accettazione dell’ambiguità, la sua “tolleranza” entro la relazione.

Nel caso della statistica multivariata, di contro, si mettono in relazione valutazioni raccolte tramite insiemi di persone, su insiemi di problemi. La statistica multivariata, raggruppando risposte di specifici individui su specifiche problematiche, e differenziandole da quelle raccolte con altri individui su problematiche diverse, ma entro la stessa area di ricerca, utilizza la variabilità individuale in un modo differente da quello prima esemplificato. Qui, nel fattorializzare i dati e nel raggrupparli entro i cluster disposti nello spazio fattoriale, si ottengono dimensioni (fattori e cluster) che si caratterizzano per la *riduzione della variabilità presente nell'intera area di ricerca*¹³. E' per noi interessante considerare la relazione tra procedura statistica multivariata e processo della collusione. La nostra ipotesi concerne una stretta corrispondenza, potremmo dire "isomorfa", tra procedura e processo. Detto in altri termini, la nostra ipotesi è che la procedura statistica multivariata sia in grado di rilevare il processo collusivo presente nel "gruppo" delle persone che rispondono al questionario ISO. Ricordiamo che la statistica multivariata serve a *costruire ipotesi* (nel nostro caso, ipotesi di collusione nel rappresentare il CSM), piuttosto che a dimostrare ipotesi. In questo, la procedura multivariata è del tutto assimilabile, su piani ovviamente diversi, al lavoro psicologico clinico. Anche lo psicologo clinico, nel lavorare con una singola persona, con un gruppo o un'organizzazione, formula ipotesi sul processo collusivo; è la risposta dell'"altro" che lo aiuterà nel lavorare sull'ipotesi, nello svilupparla o confermarla, nel dare senso all'ipotesi stessa e alla tematica cui si riferisce.

Con un esempio potremo chiarire meglio, lo speriamo, quanto ora detto. Si tratta di un esempio semplice, perché "radicale", che traiamo dai dati della ricerca. Si tratta del processo collusivo emerso in uno specifico cluster della nostra ricerca (cluster 2). Ebbene, in questo cluster tutte le componenti di valutazione riferite al CSM sono simbolizzate come "nemiche": si pensa che il proprio lavoro nel CSM sia fonte di diffusa e profonda insoddisfazione; lo sviluppo del paese e del territorio di appartenenza è inesistente; molti i problemi e i conflitti presenti nel servizio, entro il quale la gerarchia è inutilmente autoritaria e incompetente; l'affidabilità delle istituzioni è vista come generalmente bassa; nessuno rispetta le norme e si vive entro una comune condizione di anomia; i gruppi di potere sono l'unico punto di riferimento per i cittadini e servono esclusivamente per fare il proprio interesse, a scapito di tutti coloro che al gruppo di potere non appartengono; l'unico rifugio rassicurante è rappresentato dalla famiglia, equiparata anch'essa, d'altro canto, ad un gruppo di potere. Siamo quindi confrontati con una cultura fondata sulla simbolizzazione "nemica" del potere sociale, equiparato ad una banda delinquenziale che persegue solo il proprio interesse, contro tutto e contro tutti. Questa risoluzione "nemica" dell'ambiguità originaria attribuita al potere, e allo stesso tempo una visione della realtà sociale univocamente identificata con il potere delle corporazioni prevalenti, consente di istituire una relazione collusiva orientata alla difesa dal nemico comune, e al contempo al *lamentarsi* quale modalità organizzante della relazione sociale. Pensiamo al processo collusivo che fonda questa Cultura Locale: siamo confrontati con un modello collusivo ove la rappresentazione nemica del "potere" coesiste con la gratificazione, assunta come condivisa, nel convenire sul fatto che tutto va male, che chi ha il potere lo utilizza per la sua convenienza e contro gli altri, senza alcuna ipotesi di servizio e di solidarietà. Siamo in una cultura che rappresenta la realtà come un "mondo di ladri", ove vige l'unica regola dell'*homo homini lupus* di hobsiana memoria. In questo contesto vale l'unica regola del profittare degli altri, se hai il potere di farlo, o dell'imporsi autoritariamente sugli altri; prevale la disillusione nei confronti di ogni istanza di generosità e di attenzione all'altro; c'è sfiducia nelle istituzioni, come abbiamo detto.

In questa Cultura Locale, quindi, la riduzione dell'ambiguità è drastica e generalizzata: tutto ciò che non sia riconducibile alla famiglia, è deteriorato e suscita una diffidenza rifiutante. Questa dinamica collusiva brontolona, distruttiva, non sconfessabile perché nutrita di stereotipi che trovano prove

¹³ Inizialmente, con ISO si raccoglie una quota molto ampia di informazione; in un momento successivo, con l'analisi fattoriale, si riduce la ridondanza dei dati originali (nel nostro caso, le risposte date alle 850 modalità di risposta previste nel questionario per la ricerca sulla cultura del CSM, da parte dei 794 soggetti partecipanti: 674.900 dati da analizzare), organizzandone la variabilità con un numero minore di variabili, i fattori.

inconfutabili in ogni segnale della relazione sociale, è capace di alimentare una forte coesione sociale in chi condivide diffidenza e critica. Si tratta di una critica impotente, capace di conferire il potere della “disillusione condivisa” in chi vi partecipa. Interessante notare che in molte ricerche sulla Cultura Locale compare un raggruppamento collusivo, al quale contribuisce grosso modo la stessa percentuale della popolazione interpellata (dal 16% al 18%), sistematicamente orientato a rifiutare come nemica ogni espressione del potere sociale; come nel caso in analisi, si tratta sempre di una collusione fondata sull’anomia.

L’analisi delle differenti Culture Locali, quali emergono dall’applicazione di ISO ad uno specifico tema e ad una specifica popolazione, consente poi di rilevare il rapporto tra le diverse Culture, entro lo spazio fattoriale che le organizza. E’ dall’insieme delle Culture Locali e dalle loro molteplici relazioni che si possono individuare gli indicatori di sviluppo, riferiti alla tematica indagata e presenti nella popolazione che partecipa alla ricerca.

Ritornando alla Cultura Locale del cluster ora ricordato, si può notare che, al suo interno, si organizza una “visione del mondo” altamente coesa e coerente, capace di “leggere” tutta la realtà, vissuta e sperimentata univocamente come pericolosa e minacciante. Ebbene, questa collusione derivante dall’analisi multivariata, è del tutto assimilabile alla collusione *in vivo*, quale si può sperimentare entrando in relazione con gruppi sociali ove la simbolizzazione del contesto segue la strada del lamentarsi impotente e distruttivo qui rilevato. Nella metodologia della ricerca abbiamo interpellato singoli individui, e ad essi abbiamo proposto un singolo questionario. Ma l’analisi dei dati ha consentito di individuare quel *potenziale processo collusivo* che attraversa alcuni individui partecipanti e ne fa un gruppo culturale rilevante e interessante; interessante, soprattutto se visto in relazione con gli altri gruppi collusivi emersi. Questo ultimo rilievo appare importante, se si tiene conto che *non è necessaria una relazione tra le persone* che partecipano alla ricerca, al momento della rilevazione sperimentale di ISO, per evidenziarne i processi collusivi. La dinamica collusiva si manifesta grazie al fatto che le persone interpellate condividono un contesto dato dall’oggetto della ricerca. E’ il questionario che “organizza” la dinamica collusiva, quale viene poi evidenziata dal trattamento multivariato dei dati. La dinamica collusiva è evocata, nei singoli operatori, dai contenuti del questionario: la collusione, in altri termini, è fondata sull’identificazione reciproca, entro specifiche simbolizzazioni dei temi trattati; ma la stessa collusione è evidenziata dal trattamento statistico che riduce la variabilità individuale e che consente, quindi, di mettere in evidenza la presenza collusiva entro la distribuzione dei dati.

Il Questionario ISO

L’interazione tra valutatori e oggetto della valutazione

Restiamo nell’esempio che accompagna queste note: rilevare tramite ISO, applicato ad un insieme di operatori dei CSM italiani, la *rappresentazione* del CSM nelle sue differenti articolazioni. Consideriamo il senso che intendiamo assegnare al termine “rappresentazione”. Ricordiamo brevemente che ad esso possono essere collegate diverse teorie, come anche differenti tecniche di studio e di rilevazione. Pensiamo alla teoria delle “*rappresentazioni sociali*”, che fa capo a Moscovici e al suo lavoro di ricerca entro l’area della psicologia sociale francese. C’è inoltre la nozione di “*reputazione*”, intesa quale tecnica di rilevazione della valutazione sociale nei confronti di industry, aziende, organizzazioni o persone socialmente rilevanti, particolarmente sviluppata negli Stati Uniti e nei paesi anglosassoni. Infine viene alla mente la dimensione più utilizzata, ma al contempo la più generica, che fa riferimento all’“*immagine*”, variamente studiata e misurata entro differenti scuole, indirizzi, opzioni teoriche e metodologiche.

Consideriamo ora una caratteristica comune a tali differenti teorie e tecniche. Quando si misura la reputazione o l’immagine di qualcosa, si parte solitamente da una serie di dimensioni valutative *predefinite* e generali. Dimensioni che, con qualche aggiustamento, si pensa possano valere per tutti gli oggetti di indagine, entro un questionario, una scala di immagine o altro. Le dimensioni entro le

quali si richiede la valutazione tendono ad essere predefinite nella loro formulazione, grazie a specifiche ricerche pilota; la formulazione delle categorie di valutazione è sovente il risultato di una analisi fattoriale. Queste formulazioni predefinite di valutazione possono concernere l'*oggetto di analisi*: in tal caso si tratta di categorie, individuate tramite l'analisi fattoriale, che sintetizzano un numero più vasto di dimensioni valutative, tratte dal modo comune di valutare l'oggetto della ricerca. Oppure possono concernere la *popolazione* che effettua la valutazione: ad esempio, si utilizza una segmentazione della popolazione, ottenuta su un numero vasto di valutazioni effettuate dalla popolazione stessa, ancora grazie all'analisi fattoriale che questa volta concerne i soggetti che valutano e non l'oggetto da valutare.

Un esempio del primo ordine di valutazioni prefissate, riferite all'oggetto per cui si intende misurare la reputazione, concerne dimensioni quali "l'accettazione emotiva" dell'oggetto stesso, o l'indice di "reputazione *over all*" o – supponiamo si tratti di un'industry - indici quali l'"impegno sociale" dell'industry, la sua "stabilità economica", "l'efficienza del management".

Un esempio del secondo ordine di misura, riguardante la popolazione che effettua la valutazione, è dato dalla sua predefinita segmentazione. Ad esempio quella psicografica, proposta da Eurisko e ottenuta seguendo specifici criteri, differenti da quelli demografici usuali. In tal caso, la popolazione è stabilmente segmentata in categorie dai nomi allusivi quali "pantofolai" o "innovatori". Sulla base di questa segmentazione è possibile riferire alcune misure (ad esempio di immagine, di gradimento o di reputazione, come anche misure di consumo o di comportamento economico) alla segmentazione psicografica, prefissata, della popolazione stessa.

In sintesi: le usuali misurazioni adottate da studi di immagine, di reputazione o di valutazione riferita a specifici "oggetti" della realtà, *sono fondate su dimensioni stabili*; dimensioni stabili che possono concernere le variabili utilizzate per la misurazione (i fattori della reputazione, le componenti dell'immagine) o la popolazione su cui si effettua la misurazione (le componenti psicografiche o altri modelli di segmentazione della popolazione). Queste dimensioni stabili della misurazione, sono in grado di fornire informazioni interessanti; tuttavia presentano un limite, spesso non considerato, alla conoscenza specifica dell'oggetto che si intende misurare e della popolazione presso la quale si misura. Pensiamo al nostro caso. Potremmo misurare l'immagine del CSM a partire da dimensioni prefissate, e usate *anche* per misurare la reputazione del sistema bancario italiano, delle società assicurative, della Ferrari o del Presidente della Repubblica; oppure potremmo rilevare la stessa immagine del CSM presso la popolazione che vi lavora, suddivisa con gli stessi criteri con cui si segmenta psicograficamente la popolazione italiana, indipendentemente dal fatto che l'oggetto della misurazione sia un servizio della sanità pubblica, un quartiere della capitale, una squadra di calcio, il consumo di prodotti di bellezza o di farmaci ansiolitici. Si ottengono, così, alcuni dati tramite i quali l'oggetto della ricerca è comparato ad altri. Ad esempio, si potrebbe scoprire che il CSM ha una reputazione minore di quella della Ferrari. Oppure, sapere se i "pantofolai" lo considerano, o meno, un servizio sanitario affidabile. Queste ricerche, d'altro canto, non consentono di rilevare e analizzare, nella sua particolare *specificità*, senza perdere troppa informazione, *cosa pensano del loro servizio gli operatori che lavorano nei CSM italiani*. Questo è particolarmente importante se si vuol rilevare non soltanto una *descrizione* di come stanno le cose, ma anche ipotesi sul *perché* stanno in un certo modo. Se si vuole sapere qualcosa circa la *dinamica* e la *genesì* del fenomeno considerato. Questo, per individuare alcune leve di un possibile intervento sul fenomeno stesso, coerente con la dinamica individuata.

Con la metodologia ISO, volta alla rilevazione della Cultura Locale riferita a precisi e singoli oggetti di valutazione, abbiamo *una specifica* segmentazione culturale della popolazione (nel nostro caso, gli operatori dei CSM italiani), effettuata in funzione dei modelli culturali con i quali è rappresentato, simbolicamente, *quello specifico* oggetto della misurazione (nel nostro caso, il servizio territoriale per la salute mentale, istituito con la legge 180). ISO, in altri termini, comporta ricerche mirate a coniugare la Cultura Locale, in funzione dell'oggetto d'analisi. Avremo, anche, *strumenti di rilevazione diversi* in funzione dell'oggetto di indagine.

Il nostro intento è di proporre una teoria della tecnica fondata su presupposti teorici che abbiano, quale riferimento, la dinamica emozionale che sta alla base del processo collusivo; la collusione, a sua volta, è a fondamento della dinamica sociale, se vista nell'ottica del modo d'essere inconscio della mente. L'obiettivo è di operazionalizzare una teoria che vede nella condivisione emozionale (inconscia) del CSM e delle sue connotazioni caratterizzanti, quindi nei processi collusivi che strutturano tale rappresentazione emozionale, il costruirsi di una Cultura Locale riferibile all'oggetto della ricerca stessa.

Incontro di parole dense: il principio di riduzione della polisemia

Come si misura la Cultura Locale? Come si costruisce un questionario ISO?

Il punto da cui si parte è molto semplice: siamo interessati a sapere come gli operatori, che lavorano nei CSM italiani, “vedono” il loro servizio, quali rappresentazioni e quali attese hanno nei suoi confronti e nei confronti del lavoro che in esso prestano. Per ora non ci occuperemo di chi sono questi operatori, ma porremo attenzione all'oggetto della valutazione: il CSM, appunto. Potremmo fare domande generiche, volta a sapere quale valutazione viene data del CSM, con quesiti tratti dal senso comune e del tipo: “Lei si fida di chi è a capo del CSM?”; potremmo prevedere una modalità di risposta del tipo:

Per niente - - - + ++ Molto



In questo caso avremmo introdotto una dimensione valutativa specifica: “fidarsi della gerarchia del CSM”. Potremmo anche chiedere se gli operatori “sono contenti” del proprio lavoro in questo servizio; se pensano che il CSM avrà “uno sviluppo nel medio periodo”; se, nel servizio, i colleghi con i quali si lavora sono “simpatici”. Ecco nuove dimensioni che si aggiungono alla “fiducia nella gerarchia”: “essere contenti”, “sviluppo”, “simpatia”.

Potremmo, così, avere conoscenze differenti circa l'immagine del CSM; ad esempio potremmo ottenere, dalle persone che abbiamo interpellato, risposte del tipo:

fiducia nella gerarchia: molto

essere contenti: molto

sviluppo: molto

simpatia: molto

Se ottenessimo una risposta siffatta, potremmo dire che per il CSM le cose vanno molto bene: si nutre fiducia nella gerarchia, si è contenti del proprio lavoro, si pensa che il servizio avrà molto sviluppo e si trovano simpatici i colleghi con i quali si convive nel servizio stesso.

Proviamo, ora, ad immaginare che le persone interpellate rispondano in quest'altro modo:

fiducia nella gerarchia: molto

essere contenti: poco

sviluppo: pochissimo

simpatia: molto

Qui sarebbe più difficile dare un senso ai dati: si potrebbe supporre, ad esempio, che le persone partecipanti all'indagine, pur nutrendo molta fiducia nella gerarchia, pur trovando simpatici i propri colleghi, sono comunque poco contente di lavorare nel CSM e non ne vedono uno sviluppo futuro.

Questo tipo di risposta dice anche qualcosa d'altro; ad esempio, sconfirma l'ipotesi che la fiducia nella gerarchia e la simpatia dei colleghi siano condizioni fondanti il desiderio di lavorare in questo

specifico servizio, quando non si vede un futuro sviluppo per il CSM. L'essere contenti di lavorare nel CSM è un'emozione collusiva, indipendente dalla simpatia di chi vi lavora. Già, ma di che "contentezza" si tratta? E di che fiducia, di che simpatia si tratta? L'interrogativo, evidentemente, concerne anche lo sviluppo.

Ecco un problema importante: noi utilizziamo "parole", per esprimere alcune dimensioni che riteniamo importanti per la valutazione del CSM. Scommettiamo, quindi, sull'univocità di senso delle parole stesse e sulla possibilità di utilizzare queste parole per una conoscenza "modellizzata" del nostro oggetto di indagine. Ma possiamo trovare sconfirme a quest'assunto.

Le parole si dividono in due grandi categorie, se viste sotto il profilo psicologico clinico: parole dense (*alta polisemia e bassa ambiguità*) e parole non-dense (*bassa polisemia e alta ambiguità*)¹⁴. Le seconde acquisiscono il loro significato soltanto entro il contesto linguistico; quindi evocano una bassa "simbolizzazione emozionale". Un esempio è dato dalla parola "andare": vado a casa, vado bene, vado a spasso, vado e non torno più. La parola acquisisce significati simbolicamente differenti, se iscritta entro contesti linguistici diversi. Si tratta di una parola ambigua, che trae senso solo dal contesto linguistico in cui è iscritta; quindi è una parola che, se presa a se stante, denota bassa polisemia: l'evocazione emozionale è strettamente connessa al contesto linguistico. Se invece considero la parola "bomba" o l'espressione linguistica "vado - via", allora l'emozionalità evocata diviene intensa e ampia. Questo in coerenza, ad esempio, con la "densità" dell'espressione "vado-via", che può essere evocata e vissuta in modo coinvolgente, indipendentemente dal contesto linguistico in cui s'incontra l'espressione. Pensiamo alla parola "irritazione": La dinamica emozionale evocata è, ancora, molto forte e tendenzialmente univoca nel suo senso affettivo (ricorda associativamente: rabbia, ira, stizza, risentimento, ostilità, perdita della calma e della pazienza, quindi reazione violenta e pericolosa per chi ha a che fare con la persona irritata e così via, in una dinamica emozionale che può proseguire all'infinito), indipendentemente, ancora una volta, dal contesto linguistico in cui essa è iscritta.

Abbiamo denominato queste parole od espressioni polisemiche: parole "dense". Dense, in riferimento alla simbolizzazione emozionale intensa, tendenzialmente infinita, che sono in grado d'evocare in chi le pronuncia, le sente o le legge in un testo. Ritornando al nostro esempio, le parole utilizzate nelle questioni più sopra esemplificate, sono tutte parole dense: fiducia, gerarchia, essere contenti, sviluppo, simpatia. Ognuna di esse evoca associazioni di senso infinite, nella loro polisemia. Se volessimo usare queste parole dense, e le valutazioni ad esse connesse, per capire qualcosa su ciò che i valutatori pensano del CSM, dovremmo ricorrere alla nozione di *riduzione della polisemia* che l'incontro di parole dense comporta. Nell'esempio prima riportato, si ha un incontro tra le parole dense *fiducia - gerarchia e simpatia*, entro la modalità di valutazione "molto"; l'incontro di *essere contenti e sviluppo* entro la modalità di valutazione "poco".

Che significa? Questo dato non sembra aiutarci molto, ma già si può notare che, nell'ipotetica valutazione del CSM, si contrappongono dimensioni che hanno a che vedere con la considerazione pragmatica di un servizio ove si è poco contenti di lavorare, e questa valutazione è ancorata allo sviluppo che si presume il CSM potrà avere nel futuro di medio periodo; mentre a questo insieme si contrappone la dimensione della simpatia e del fidarsi della gerarchia. Interessante sarebbe anche una notazione circa la fiducia per la gerarchia, che si allea alla simpatia dei colleghi, non allo sviluppo e all'essere contenti di lavorare in quel servizio. Come dire che la fiducia è cieca, si affida all'emozionalità più appariscente e scontata, mentre dimensioni pragmatiche fondano l'essere contenti di lavorare nel CSM.

Sottolineiamo tutto questo, perché un aspetto del nostro modo di considerare il questionario ISO si fonda sul *principio della riduzione di polisemia in base all'incontro di dimensioni co - occorrenti entro i cluster risultanti dalla trattazione statistica*. Chiediamo al lettore di pazientare ancora un momento, per capire appieno questa affermazione.

¹⁴ Si veda al proposito: Carli R., Paniccia R. M. (2002), *L'analisi emozionale del testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*, FrancoAngeli, Milano.

Dalle domande ai modelli

Consideriamo ora un altro aspetto rilevante del questionario ISO. Nell'esempio sopra riportato, le domande formulate utilizzano parole dense che possono derivare dal senso comune. Ad esempio, è proprio del senso comune chiedersi se "i colleghi con i quali si lavora sono simpatici". Nozioni come simpatia, fiducia, sviluppo sono tratte dal modo comune di considerare gli elementi d'uso, nella realtà dei consumi. La pubblicità, ad esempio, si propone a volte l'obiettivo di aumentare la simpatia di un prodotto, ad esempio associandolo nella sua immagine a un personaggio simpatico, della vita reale o dei cartoni animati; intenti più frequentati della pubblicità possono essere l'aumento della fiducia in un prodotto o in una marca pubblicizzata (Galbani vuol dire fiducia!), l'incremento della percezione circa l'utilità di un prodotto (Ava, come lava!) o del desiderio ad esso associato (l'attore Gorge Clooney e il vermut Martini). Gli esempi potrebbero continuare all'infinito.

Proviamo ora a pensare all'uso di parole che siano derivate non tanto dal senso comune, quanto da specifici *modelli psicologici* di conoscenza del reale. Pensiamo, ad esempio, che si chieda di valutare *il proprio CSM* utilizzando la seguente scala di aggettivi:

	Per niente	--	-	+	++	Molto
efficiente	<input type="radio"/>					
amichevole	<input type="radio"/>					
influyente	<input type="radio"/>					

Anche gli aggettivi ora indicati sono, indubbiamente, parole dense. Ma hanno anche un'altra connotazione, per noi molto importante: sono aggettivi che la nostra ricerca ha dimostrato essere capaci di *indicare valutazioni concernenti le dimensioni motivazionali che reggono la rappresentazione del rapporto sociale*, secondo il modello di Atkinson - Mc Clelland, da noi approfondito e esteso alle dinamiche della simbolizzazione affettiva. Il modello motivazionale in questione, individua tre componenti simboliche della motivazione, entro la relazione sociale: l'affiliazione o *affiliation* (amichevole); il potere o *power* (influyente); la riuscita o *achievement* (efficiente)¹⁵.

Una scala di valutazione siffatta consente una lettura dei dati coerente con il modello sotteso alla scala. Se, ad esempio, il CSM viene valutato come "molto amichevole" e insieme risulta "poco influente" e "poco efficiente", potremmo pensare ad una rappresentazione del servizio stereotipalmente orientata all'ammiccamento gioviale e bonaccione tra colleghi, a una sollecitazione di emozioni affettivamente "positive", di accettazione emozionale; al contempo ad un servizio poco capace di perseguire obiettivi di sviluppo o di cambiamento, e poco dotato di potere al suo interno e nel contesto. Questa valutazione, è importante sottolinearlo, ancora non dice abbastanza, visto che il

¹⁵ Ricerche condotte negli anni settanta [Carli, R., & Esposito, P. (1971). Contributo sperimentale allo studio della dinamica di gruppo e delle relazioni con l'autorità nella partecipazione cinematografica. *Arch. Psicol., Neurol., Psich.*, 32, 231-285], hanno dimostrato che una valutazione con i tre aggettivi ora riportati è altamente predittiva del livello motivazionale del soggetto valutatore entro le tre dimensioni di Mc Clelland. La ricerca ha anche potuto dimostrare che la valutazione con la scala dei tre aggettivi può essere "applicata" a varie dimensioni della realtà: si ottiene così una valutazione del bisogno motivazionale al rapporto sociale attribuito all'oggetto valutato; una sorta di "immagine sociale" della figura valutata. Ad esempio, si può verificare in quale misura il proprio CSM è vissuto come un servizio orientato alla gratificazione del bisogno affiliativo, di potere o di realizzazione. Ciò significa verificare quanto la convivenza nel proprio CSM è vista come fondata sulla motivazione affiliativa (rassicurare gli altri circa il bisogno di essere accettati emozionalmente nelle relazioni), sulla motivazione di potere (determinare il comportamento degli altri, esercitare nei loro confronti una funzione di guida e di comando), sulla motivazione di realizzazione (voler perseguire obiettivi secondo parametri di eccellenza o realizzare compiti al di fuori del comune). La stessa rilevazione può essere fatta per la figura del pediatra, quella della banca, del magistrato o dei partiti politici, dello sport del basket.

modello che segnala appartenenza, potere e orientamento agli obiettivi (quali dimensioni di rapporto tra un servizio di salute mentale e la sua missione), ha un suo sviluppo complesso e vasto entro la lettura psicologico clinica. Poniamo ora che, accanto al proprio CSM, vengano valutate con la stessa scala di aggettivi anche altre dimensioni: i professionisti che vi lavorano (psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, educatore), i Servizi di Salute Mentale in Italia, il sistema sanitario italiano, un reparto di cardiologia, un pronto soccorso. Potremo in tal modo confrontare la valutazione del proprio CSM con quelle attribuite a altre dimensioni del contesto sanitario. Poniamo, per ipotesi, che il proprio CSM sia l'unica dimensione valutata come "molto amichevole" e al contempo "poco influente e efficiente". Ipotizziamo, inoltre, che le tre dimensioni valutative si distribuiscono in modo differente entro le altre figure: ad esempio, potremo avere il reparto di cardiologia e il pronto soccorso "molto efficiente" ma "poco influente e amichevole"; l'infermiere "molto amichevole e influente", ma "poco efficiente" e così via. In questo caso, la valutazione rilevata per il proprio CSM acquisterebbe un senso importante: lo connoterebbe, univocamente, come dimensione caratterizzata dalla sola capacità di evocare affiliazione, di assicurare emozionalmente chi vi appartiene, di garantire appartenenza emozionalmente gratificante; ma lo connota anche come servizio dotato di scarso potere e di scarsa capacità realizzativa, con l'unica eccezione della rassicurazione affettiva; un CSM poco efficiente, se confrontato con altre strutture del contesto sanitario, poco capace di condizionare, influenzare, determinare i comportamenti degli operatori e dell'utenza, di "contare" entro i rapporti sociali.

Integrazione dei modelli

Pensiamo ai modelli di successo entro il territorio dove è situato il CSM. Si pensi alla seguente domanda del questionario:

A Suo avviso, su cosa si fondano i **modelli di successo** nel territorio del suo CSM?

Per niente - - - + ++ Molto

progettare lo sviluppo e anticipare i cambiamenti	○ ○ ○ ○
far parte di gruppi di potere	○ ○ ○ ○

Si è visto, in molteplici ricerche, che queste dimensioni sono in grado di differenziare due specifici modelli culturali:

- un modello definito dall'*appartenenza ad un potere incompetente*, rassicurante e fondante attese clientelari, ove la socializzazione è orientata dalle raccomandazioni, dai santi in paradiso, dalle cordate vincenti alle quali è importante appartenere; senza alcuna attenzione al prodotto, all'altro, alla relazione sociale fondata sulla competenza e sul potere della competenza.
- un modello fondato sul *potere della competenza*, capace di orientare l'azione verso lo sviluppo dei contesti e l'anticipazione dei cambiamenti.

Queste due dimensioni sono importanti, se messe in relazione con le dinamiche motivazionali al rapporto sociale viste in precedenza.

Facciamo l'ipotesi che gli operatori del CSM partecipanti alla nostra ricerca, si descrivano come "molto amichevoli", con basse valutazioni nelle dimensioni di potere e realizzazione. Questa immagine, definibile stereotipalmente come attenta alle relazioni fini a se stesse, ai buoni rapporti con i colleghi e con la gerarchia, può risultare in stretta relazione con il modello del "far parte di gruppi di potere", ripercorrendo la strada dell'opportunismo servile e egoista. Se, di contro, si opta per l'altra strategia di successo, allora l'assenza di potere e di realizzazione nell'assetto motivazionale possono essere visti come limiti da compensare.

Guardiamo ora alla seguente domanda del questionario ISO:

Nel **suo CSM**, quanto sono importanti le seguenti componenti del lavoro, perché un operatore abbia **successo**:

	Per niente	- -	-	+	++	Molto
lavorare sodo	<input type="radio"/>					
sapersi assumere responsabilità	<input type="radio"/>					
saper lavorare in gruppo	<input type="radio"/>					
essere innovativi	<input type="radio"/>					
sviluppare la propria competenza professionale	<input type="radio"/>					
accondiscendere alla gerarchia	<input type="radio"/>					
realizzare gli obiettivi aziendali	<input type="radio"/>					
assecondare le richieste di pazienti e familiari	<input type="radio"/>					
ottenere buoni risultati	<input type="radio"/>					
saper comunicare in modo efficace	<input type="radio"/>					
essere stimati da tutti	<input type="radio"/>					
non sollevare problemi	<input type="radio"/>					

Proponiamo, a titolo di esempio, un'ipotesi: gli operatori che si descrivono come molto "amichevoli", con bassa motivazione al potere e alla realizzazione, e che al contempo descrivono quale modello di successo, nel territorio del proprio CSM, il "far parte di gruppi di potere", a questa domanda rispondono individuando nell'"accondiscendere alla gerarchia" e nel "non sollevare problemi" le componenti del lavoro che rendono più probabile il successo dell'operatore, entro il proprio servizio. La relazione tra le differenti risposte configura, già sulla base di queste prime co - occorrenze, uno specifico modo di rappresentare le relazioni nel servizio e nel contesto: la motivazione prevalente sembra quella dell'ingraziarsi la gerarchia e chi detiene il potere, per ottenere garanzie di protezione e di accettazione entro i sistemi di appartenenza che contano. Ma la gerarchia alla quale si dimostra acquiescenza, impersona un potere incompetente e senza obiettivi. Ci si può già immaginare quali potranno essere le modalità di simbolizzazione emozionale del lavoro e dei rapporti con gli utenti del servizio, improntati all'adempimento e all'acquiescenza nei confronti dei capi, con scarsa attenzione ai problemi posti da chi fruisce del servizio. L'attenzione stereotipalmente acquiescente al potere, rende difficile un orientamento al cliente e modella il lavoro quale adempimento, piuttosto che come realizzazione di obiettivi professionali coerenti con le attese del cliente.

La ricerca sulla rappresentazione del CSM può utilizzare, via via, differenti modelli che si pensano utili per un approfondimento che derivi dall'interazione tra i modelli stessi, entro la popolazione degli operatori partecipanti all'indagine.

Si possono chiedere opinioni sui fattori che generano *problemi* e *conflitti* all'interno del CSM. Si possono chiedere previsioni sul *futuro del CSM* e sul suo possibile *cambiamento*; opinioni sull'utenza del servizio, sulla *relazione tra gli operatori e i malati che frequentano il CSM*. Si può chiedere se gli abitanti del territorio del CSM o gli italiani siano interessati prevalentemente: alla *convivenza*; al *rispetto delle norme*; a *sé e alla propria famiglia*. In quest'ultimo caso, siamo ancora confrontati con un modello, soggiacente alle tre dimensioni valutative proposte: viene presentata una differenziazione tra auto centratura emozionale (famiglia) e una etero centratura emozionale (convivenza), con una posizione intermedia che concerne le norme, intese quale dimensione rassicurante e necessaria per abbandonare l'auto centratura e avventurarsi sull'etero centratura.

Potremmo continuare, vedendo come ogni domanda del questionario ISO, concernente la valutazione del CSM e del contesto in cui opera, abbia un modello fondante, al quale la domanda

fa riferimento; domanda che, nella sua formulazione, è in grado di dare informazioni organizzate dal modello.

Rimane ora da capire come lavorare entro le informazioni che il *questionario-fondato-su-modelli* ci offre. Le singole domande del questionario, come s'è visto, esplorano specifici aspetti della cultura degli operatori. Una lettura dei dati emersi alle singole domande, comporta una lettura per sommatoria delle differenti posizioni emerse, quindi di difficile sintesi. Lo stesso succede se guardiamo ai dati, differenziandoli per i singoli soggetti. E' la

co – occorrenza tra dati e soggetti che consente di costruire ipotesi sulle culture presenti nei dati, utilizzando la progressiva *riduzione della polisemia interpretativa* che il singolo dato propone ad una lettura inferenziale. Il dato concernente, ad esempio, una valutazione del proprio territorio come popolato da persone che sono interessate solo a sé e alla propria famiglia, in sé può aprire a infinite proposte interpretative: è un dato polisemico, se visto nell'ottica del dare al dato stesso un senso interpretativo. Lo stesso rilievo vede, almeno in parte, ridotta la sua polisemia se messo in relazione con un atteggiamento di acquiescenza alla gerarchia del servizio. Gli operatori che rispondono in questo modo, infatti, possono vedere nella gerarchia un fattore di protezione, di rassicurazione verso un egoismo sociale molto elevato, ove ciascuno si disinteressa dei temi della convivenza per chiudersi in atteggiamenti di familismo accentuato. La polisemia si riduce ulteriormente se a questi dati si associa una profonda insoddisfazione per il proprio lavoro e il disinteresse per uno sviluppo professionale. Questi dati possono essere visti come una conferma del disagio nelle relazioni sociali di questa cultura, ove il timore di vivere entro un sistema chiuso in sé, poco attento all'altro e ai suoi problemi, sembra confliggere con le possibilità di collaborazione e di attenzione al paziente, entro il servizio in cui si opera. Una gerarchia preoccupata di evocare dipendenza e acquiescenza può rassicurare, certamente, ma non sembra di grande aiuto nel fronteggiare problemi di sviluppo entro le professioni. Si configurano i prodromi di una sorta di anomia professionale.

Una lettura inferenziale delle complesse costruzioni di senso che l'organizzazione dei cluster propone, consente di elaborare ipotesi sulla dinamica culturale caratterizzante ciascun cluster. C'è poi da mettere in relazione i singoli cluster tra loro, entro lo spazio fattoriale che si propone come la tela entro la quale sono tessute trama e ordito dell'insieme culturale caratterizzante i CSM partecipanti alla ricerca.

Torniamo alla numerosità dei dati raccolti con ISO dedicato a questa ricerca sul CSM.

Abbiamo visto che, nel loro insieme, sono circa 675.000.

Questi dati possono distribuirsi “casualmente”, e sarebbe un'eventualità eccezionale, oppure può esserci un “ordine” al loro interno, una qualche organizzazione che dia senso ai dati stessi.

A differenza della tradizionale *verifica d'ipotesi*, finalizzata a verificare ipotesi formulate *a priori* sulle relazioni tra variabili (per es.: “*Vi è una relazione positiva tra la condizione professionale di un operatore e la sua propensione ad essere contento di lavorare nel CSM*”), l'*analisi esplorativa dei dati* è usata per identificare relazioni sistematiche tra variabili, quando non vi siano (o non siano ben definite) le attese *a priori* sulla natura delle relazioni stesse. In un tipico processo di analisi esplorativa dei dati, sono prese in considerazione e confrontate molte variabili, utilizzando una varietà di tecniche, nella ricerca di regolarità sistematiche. L'analisi esplorativa è spesso identificata con un processo di esplorazione e di modellizzazione di grandi quantità di dati, finalizzato all'estrazione dell'informazione in essi contenuta. Nell'analisi esplorativa viene fatto ampio uso delle tecniche *statistiche multivariate*, in grado di analizzare grandi quantità di dati, individuando se al loro interno c'è un ordine, e quale sia. Sono, ad esempio, l'*analisi fattoriale delle corrispondenze multiple* e l'*analisi dei cluster*.

La prima ci dice in qual modo alcuni dati contribuiscano all'organizzazione dei piani fattoriali entro i quali i dati, in generale, si distribuiscono. La seconda evidenzia quei raggruppamenti di dati (cluster) fortemente in relazione tra loro e che si differenziano in massimo grado da tutti gli altri raggruppamenti di dati, sempre all'interno dello spazio fattoriale.

Sottolineiamo che queste statistiche multivariate, contrariamente alle tradizionali statistiche usate nella ricerca psicologica, quali l'*r* di Pearson, il *t* di Student, l'*analisi della varianza*, l'*indice di contingenza*, il *chi quadro* ecc., non dimostrano ipotesi; di contro, servono per la *costruzione di ipotesi*, come abbiamo già ricordato più volte. La costruzione di ipotesi, contrariamente alla dimostrazione di ipotesi, è fondata su un assetto mentale e un modo di procedere nella trattazione dei dati, tipicamente clinici. La clinica si fonda sul paradigma indiziario, come ebbe a dire Carlo Ginzburg o, se si vuole, sulla logica abduttiva. La lettura dei dati che la statistica multivariata consente è, di fatto, fondata sulla logica abduttiva: costruire ipotesi a partire dalle tracce, dai segni che si possono leggere entro la complessità del reale. Ebbene, la statistica multivariata consente, appunto, la costruzione di segni e tracce, di indizi che la competenza clinica è in grado d'organizzare in ipotesi d'interpretazione. Indizi fondati, come abbiamo detto in precedenza, sulla riduzione della variabilità individuale che il trattamento statistico produce.

Con l'indagine, quindi, avremo una segmentazione culturale della popolazione: ogni segmento culturale (cluster) sarà in rapporto con gli altri entro lo spazio fattoriale; quest'ultimo contribuisce a dare un senso unitario all'analisi. I differenti segmenti culturali indicano i differenti modi di rappresentare la cultura organizzativa del CSM.

ISO comporta, come s'è detto, una fase di *raccolta e elaborazione* dei dati, ma anche una fase di *interpretazione* dei dati emersi dall'analisi multivariata. Nei fattori come nei cluster si raggruppano alcune modalità di risposta che non implicano tutte le domande del questionario, ma solo quelle "messe assieme" dalle risposte dei partecipanti alla ricerca, quindi dalla loro relazione collusiva. Queste modalità di risposta sono caratterizzate da un valore test che indica la loro centralità – perifericità entro il fattore o il cluster. Partendo dalle modalità di risposta con più elevata centralità, si costruisce un senso dell'insieme delle modalità, fondato sul principio della riduzione di polisemia. Sarà così possibile arrivare a delineare una Cultura Locale e a confrontarla con le altre emerse dal trattamento dei dati. Si può così arrivare a delineare la rappresentazione collusiva del CSM, nelle sue varie componenti; si possono anche comprendere le componenti diverse, ma strettamente connesse tra loro, di un possibile sviluppo organizzativo, tracciato dall'insieme delle Culture Locali.

Questa osservazione apre all'ultima osservazione metodologica, forse la più rilevante. Con questa metodologia si costruiscono ipotesi che acquisiscono un senso pragmatico soltanto con la restituzione dei "dati interpretati" a chi ha partecipato alla ricerca. E' la restituzione dei dati, la loro discussione da parte di chi è interessato allo sviluppo del CSM, la loro critica ma anche la loro utilizzazione per un confronto con i propri modelli di lettura della situazione organizzativa in cui si lavora, è tutto questo che dà senso all'impresa. Senza la fase di restituzione e di discussione delle ipotesi interpretative, formulate a partire dai dati del questionario, l'intera analisi culturale rischia la sterilità della ricerca inutile.

ALLEGATO – QUESTIONARIO ISO

Questionario per la rilevazione
della Cultura Organizzativa
nei CSM italiani

Ministero della Salute
e
Cattedra di Psicologia Clinica dell'Università di Roma La Sapienza

INTRODUZIONE AL QUESTIONARIO

Il presente invito é rivolto a tutti coloro che lavorano nei CSM italiani: medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali ed educatori.

Il Ministero della Salute ha commissionato alla Cattedra di Psicologia Clinica della Facoltà di Psicologia 1 (Università di Roma La Sapienza) una ricerca per rilevare le componenti culturali della competenza organizzativa nei sistema dei Centri di Salute Mentale operanti nel territorio italiano.

L'invito che le rivolgiamo é di compilare il questionario allegato: in questa rilevazione è importante acquisire l'opinione di tutti.

L'elaborazione dei dati raccolti consentirà di delineare le componenti culturali della competenza organizzativa che caratterizza il "Sistema CSM" (vale a dire tutti i CSM presenti sul territorio nazionale) e il grado di efficienza organizzativa percepita, suddiviso per funzioni e per livelli gerarchici.

Successivamente **sarà dato un feed back a tutti i partecipanti** sui dati emersi, in una sintesi che tratterà le linee caratterizzanti della competenza organizzativa nei CSM.

Il questionario é **anonimo**. Serve solo l'indicazione di alcuni dati da parte di chi lo compila: ruolo professionale, area geografica d'appartenenza del CSM, anzianità nel ruolo.

Ringraziando vivamente per la collaborazione e rimandando a settembre un nuovo contatto per la restituzione dei dati, porgiamo cordiali saluti,

prof. Renzo Carli, prof.ssa Rosa Maria Paniccia

COME SI RISPONDE AL QUESTIONARIO?

Nel compilare il questionario, vedrà che ogni parola, ogni frase, anche la più semplice, può essere interpretata e compresa in vari modi.

Questo problema è stato tenuto presente e gli estensori raccomandano a chi risponde di non preoccuparsi se vengono alla mente più interpretazioni di una domanda. In questo caso, vale la regola: **“LA PRIMA RISPOSTA È QUELLA CHE CONTA”**.

Inoltre, a chi risponde spesso si chiede di fare una scelta tra diverse alternative. Capiterà senz'altro che, in alcuni casi, non ci si riconosca fino in fondo in nessuna. In questo caso, chi risponde è invitato a “forzare” la propria posizione ed a **DARE COMUNQUE UNA RISPOSTA A TUTTE LE DOMANDE**. La metodologia statistica prevista, infatti, rende necessaria una risposta a **TUTTE** le domande, **altrimenti non potremo utilizzare le sue indicazioni**.

Nel dare le risposte, le consigliamo di procedere **VELOCEMENTE**; questa modalità di compilazione è infatti la più giusta.

I quesiti che le verranno rivolti concernono sia il “sistema CSM” che lo specifico CSM in cui lavora ed il suo lavoro; in conclusione, le verranno posti anche alcuni quesiti concernenti il contesto in cui il “Sistema CSM” si colloca, ovvero l'**Italia**, i suoi servizi ed il suo sviluppo, così come il **territorio** entro il quale il suo specifico CSM opera. La comprensione di come viene vissuto il rapporto tra “Sistema CSM”, territorio d'appartenenza e Italia renderà possibile fare previsioni di **sviluppo** per il “Sistema CSM” stesso.

La compilazione del questionario richiede circa mezz'ora di tempo.

A partire dalla prossima pagina inizieremo a porle le domande.

1 - Pensi al **clima organizzativo** del CSM in cui lavora (clima organizzativo in generale: rapporti tra operatori, soddisfazione sul lavoro, rapporti con pazienti e familiari) . Secondo lei, negli **ultimi due anni** è:

(Sceglia solo una tra le seguenti alternative e faccia clic nel cerchietto di quella che sceglie)

migliorato	<input type="radio"/>
peggiorato	<input type="radio"/>
non è cambiato	<input type="radio"/>

2 - Le organizzazioni sono sempre in cambiamento.

Come succede in tutte le organizzazioni, il **sistema globale dei Centri di Salute Mentale** conoscerà un **cambiamento**. Le chiediamo di dirci quanto è d'accordo con le seguenti affermazioni. (Ci dia la sua opinione per ciascuna delle affermazioni proposte. Faccia clic sul cerchietto al quale corrisponde la sua opinione. Il primo corrisponde a “per niente”, il secondo a “poco”, il terzo ad “abbastanza”, il quarto a “molto”).

	Per niente	--	-	+	++	Molto
il Sistema CSM cambierà profondamente nel medio periodo	<input type="radio"/>					
il cambiamento del Sistema CSM si tradurrà in una crisi	<input type="radio"/>					
tutto cambierà e nulla cambierà	<input type="radio"/>					
sarà sempre più difficile essere soddisfatti del proprio lavoro nei CSM	<input type="radio"/>					
ci saranno nuove opportunità di sviluppo per le persone che lavorano nei CSM	<input type="radio"/>					

3 - Pensi ai CSM e alla loro **storia**, così come lei la conosce direttamente o come ne ha sentito raccontare. A suo avviso il **Sistema CSM, negli ultimi cinque anni, è cambiato?**

-- - + ++
Per niente **Molto**

4 - Pensi, in senso generale e complessivo, ai **clienti** (pazienti, familiari, invianti ecc.) del Sistema CSM.

Secondo lei, negli ultimi cinque anni **i clienti** del Sistema CSM sono cambiati?

-- - + ++
Per niente **Molto**

5 - Secondo lei, se la Direzione della sua Azienda (la direzione generale, quella sanitaria ed amministrativa) potesse esprimere **tre desideri nei confronti dei CSM**, quali sceglierebbe tra i seguenti? (Ne indichi solo tre, segnando i cerchietti corrispondenti)

abbattere i costi	<input type="radio"/>
aumentare la competenza degli operatori	<input type="radio"/>
incrementare l'efficienza organizzativa	<input type="radio"/>

migliorare le relazioni del CSM con il contesto sociosanitario	<input type="radio"/>
ampliare la capacità di servizio ai clienti	<input type="radio"/>
migliorare il livello di motivazione del personale	<input type="radio"/>
migliorare la comunicazione interna	<input type="radio"/>
far si che i clienti del CSM siano più soddisfatti	<input type="radio"/>
ridurre il personale	<input type="radio"/>
migliorare la conoscenza della domanda dell'utenza	<input type="radio"/>

6 - A suo avviso, in che misura il **suo CSM** è orientato a verificare la **soddisfazione dei propri clienti**?

-- - + ++
Per niente **Molto**

7 - Solitamente, chi segnala in modo diretto o indiretto i pazienti gravi trattati nel suo CSM (Ne indichi solo due, pensando ai casi più frequenti).

i famigliari	<input type="radio"/>
i vicini di casa dei pazienti	<input type="radio"/>
le forze dell'ordine	<input type="radio"/>
altri servizi sanitari (ad es.: SPDC, Ospedale generale, SERT, Consultorio)	<input type="radio"/>
il medico di base	<input type="radio"/>
il paziente stesso	<input type="radio"/>
le strutture del terzo settore (ad es.: volontariato, cooperative)	<input type="radio"/>
altro (specificare)	<input type="radio"/>
.....	
.....	

8 - Le organizzazioni si ispirano ai principi della razionalità; ma le cose possono andare in modo diverso: ci sono anche disfunzioni e comportamenti poco razionali. Secondo lei quale spazio ha la **razionalità** nei comportamenti di chi lavora nel suo CSM?

-- - + ++
Per niente **Molto**

9 - Indichi in che misura, a suo avviso, ciascuno dei seguenti fattori genera **problemi** e **conflitti** all'interno del suo CSM

(Le chiediamo di dirci la sua opinione su ciascuno dei fattori proposti.)

	Per niente	--	-	+	++	Molto
la carenza di personale	<input type="radio"/>					
le opportunità di sviluppo professionale	<input type="radio"/>					
le urgenze	<input type="radio"/>					
le relazioni tra le persone	<input type="radio"/>					

la pressione a “produrre”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la scarsa chiarezza dei ruoli e delle competenze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
le difficoltà di comunicare tra le persone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la carenza di obiettivi comuni e partecipati	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
le relazioni tra il vertice gerarchico e la base	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la scarsa coerenza tra ciò che si dichiara e ciò che si fa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la scarsa competenza professionale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l'eccessivo carico di lavoro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l'atteggiamento dei pazienti e delle loro famiglie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la differenza di formazione e di orientamento professionale degli operatori	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10 - Nel **suo CSM**, quanto sono importanti le seguenti componenti del lavoro, perché un operatore abbia **successo**:

	Per niente	--	-	+	++	Molto
lavorare sodo	<input type="radio"/>					
sapersi assumere responsabilità	<input type="radio"/>					
saper lavorare in gruppo	<input type="radio"/>					
essere innovativi	<input type="radio"/>					
sviluppare la propria competenza professionale	<input type="radio"/>					
accondiscendere alla gerarchia	<input type="radio"/>					
realizzare gli obiettivi aziendali	<input type="radio"/>					
assecondare le richieste di pazienti e familiari	<input type="radio"/>					
ottenere buoni risultati	<input type="radio"/>					
saper comunicare in modo efficace	<input type="radio"/>					
essere stimati da tutti	<input type="radio"/>					
non sollevare problemi	<input type="radio"/>					

11 - Pensi ai **clienti**, in generale, del suo CSM. Li può descrivere, utilizzando le dimensioni che qui sotto riportiamo?

antipatici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	simpatici
violenti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	non violenti
reattivi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	collaborativi
intelligenti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	non intelligenti

12 - Pensi all'utenza che lei vede usualmente nel suo CSM. Qual è il grado di accettazione degli interventi decisi nei loro confronti:

	--	-	+	++	
Basso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Elevato

13 - In che misura è soddisfatto del suo **lavoro nel CSM** (Le chiediamo di rispondere attraverso un punteggio da **1** a **4**).

(**1** = del tutto insoddisfatto; **4** = pienamente soddisfatto).

	1	2	3	4	
del tutto insoddisfatto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	pienamente soddisfatto

14 - Pensi al **suo CSM**. Come lo valuta? (Le chiediamo di dare una risposta a tutte le dimensioni proposte).

	Per niente	--	-	+	++	Molto
efficiente	<input type="radio"/>					
amichevole	<input type="radio"/>					
influyente	<input type="radio"/>					

15 - Pensi ai **Servizi per la Salute Mentale in Italia**. Come li valuta?

	Per niente	--	-	+	++	Molto
efficiente	<input type="radio"/>					
amichevole	<input type="radio"/>					
influyente	<input type="radio"/>					

16 - Pensi al **sistema sanitario in Italia**. Come lo valuta?

	Per niente	--	-	+	++	Molto
efficiente	<input type="radio"/>					
amichevole	<input type="radio"/>					
influyente	<input type="radio"/>					

17 - Pensi ad un **reparto di cardiologia**, in generale. Come lo valuta?

	Per niente	--	-	+	++	Molto
efficiente	<input type="radio"/>					
amichevole	<input type="radio"/>					
influyente	<input type="radio"/>					

18 - Pensi al **pronto soccorso** di un Ospedale. Come lo valuta?

	Per niente	--	-	+	++	Molto
efficiente	<input type="radio"/>					
amichevole	<input type="radio"/>					
influyente	<input type="radio"/>					

19 - Le chiederemo ora di **valutare alcune componenti del suo lavoro nel CSM**. Le chiediamo di dire quanto ne è **soddisfatto**.

(Lo faccia attribuendo a ciascuna di esse un punteggio da **1 a 4**.

1 = del tutto insoddisfatto, **4** = molto soddisfatto).

	1	2	3	4
L'ambiente di lavoro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le relazioni con i colleghi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le relazioni con la gerarchia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il rapporto con i clienti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le opportunità di carriera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La retribuzione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le opportunità di sviluppo professionale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il tipo di lavoro che lei svolge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La partecipazione alla definizione dei suoi obiettivi lavorativi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le occasioni di formazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il riconoscimento delle sue competenze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il benessere e la qualità della vita nel suo CSM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La possibilità di dire con franchezza ciò che si pensa sulle questioni lavorative	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'autonomia nel proprio lavoro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'immagine e il prestigio del suo CSM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La definizione dei suoi compiti e delle sue responsabilità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La sicurezza sul lavoro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La trasparenza nelle relazioni di lavoro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La partecipazione alle decisioni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il bilanciamento tra tempo di lavoro e tempo libero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'attribuzione di responsabilità adeguate al ruolo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le relazioni con gli altri settori della sanità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La possibilità di verificare i risultati del proprio lavoro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20 - Le poniamo ora alcune domande che concernono l'utenza del suo CSM

Nel CSM in cui lavora quali sono **i problemi che si presentano più frequentemente?**

	Poco frequen.	--	-	+	++	Molto frequen.
disturbi gravi	<input type="radio"/>					
disturbi che rendono difficili le relazioni di lavoro o familiari	<input type="radio"/>					
disturbi del comportamento alimentare	<input type="radio"/>					
disturbi d'ansia o di depressione	<input type="radio"/>					

Disturbi collegati all'uso di alcool o di sostanze	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Altro: specificare.....	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

21 - Pensi ai pazienti che, **nell'arco di un anno**, si presentano al suo CSM. Quale delle due situazioni problematiche è la più frequente nell'arco di un anno?

pazienti gravi	<input type="radio"/>
pazienti con disturbi emotivi collegati a problematiche varie	<input type="radio"/>

22 - Possono chiedere l'aiuto del CSM persone con problemi dovuti a differenti vicende difficili della vita. Può dire **quanto è frequente**, nel suo CSM, l'arrivo di persone con i seguenti problemi:

	Poco frequen.	--	-	+	++	Molto frequen.
problemi di relazione con i genitori, con i figli o con i familiari	<input type="radio"/>					
problemi derivanti dalla separazione con il partner	<input type="radio"/>					
problemi derivanti da difficoltà negli studi	<input type="radio"/>					
problemi derivanti da difficoltà nel lavoro	<input type="radio"/>					
problemi di integrazione da parte di immigrati o extracomunitari	<input type="radio"/>					
problemi derivanti dalla perdita di una persona cara	<input type="radio"/>					
problemi derivanti da malattie organiche croniche	<input type="radio"/>					
problemi derivanti da difficili rapporti sociali (aggressività, persecutorietà, disadattamento ecc.)	<input type="radio"/>					
problemi nell'ambito della sfera sessuale	<input type="radio"/>					
problemi derivanti da un disagio sociale	<input type="radio"/>					
Altro: specificare.....	<input type="radio"/>					

23 - Come viene realizzata l'**accoglienza** dei nuovi casi nel suo CSM:

tutti gli operatori possono accogliere il nuovo caso	<input type="radio"/>
l'accoglienza è realizzata da precise figure professionali: specificare quali.....	<input type="radio"/>

24 - Per una specifica utenza dei CSM si parla di "**disturbi emotivi comuni**". Può dire quanto è d'accordo con le seguenti affermazioni che, a volte, vengono dette a proposito di questo tipo d'utenza?

	Per niente	--	-	+	++	Molto
potrebbero evitare di gravare sul CSM e risolvere i problemi da soli	<input type="radio"/>					

si tratta, solitamente, di disturbi d'ansia e/o di depressione che rispondono bene al trattamento psichiatrico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
senza l'intervento del CSM, potrebbero evolvere in disturbi gravi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sottraggono tempo e risorse per i casi più gravi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
se lasciati a se stessi, potrebbero aggravarsi rapidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25 - Le chiediamo una **previsione sulla frequenza dell'utenza con disturbi emotivi comuni** nel suo CSM (scegla una sola eventualità):

diminuirà	<input type="radio"/>
aumenterà	<input type="radio"/>
rimarrà sempre eguale	<input type="radio"/>
non so fare previsioni	<input type="radio"/>

26 - Il lavoro nel CSM ha visto affermarsi la prassi del **confronto interdisciplinare** (riunioni d'équipe) e dell'**intervento multidisciplinare integrato** in molte situazioni cliniche. Può dire, al proposito, quanto è il suo grado di accordo con le seguenti affermazioni?:

	Per niente	--	-	+	++	Molto
la scarsità delle risorse consente sempre meno l'intervento multidisciplinare integrato	<input type="radio"/>					
tutte le nuove domande debbono essere valutate dall'intera équipe	<input type="radio"/>					
la qualità del servizio dipende dalle relazioni entro l'équipe degli operatori, che ha costante bisogno di manutenzione	<input type="radio"/>					
l'eccessivo carico del lavoro rende sempre più difficile realizzare le riunioni dell'équipe	<input type="radio"/>					
le riunioni dell'intera équipe sono un residuo delle pratiche assembleari del passato	<input type="radio"/>					
le riunioni dell'équipe sono mal sopportate dalla maggioranza degli operatori	<input type="radio"/>					
la qualità del servizio dipende soltanto dalle capacità dei singoli operatori	<input type="radio"/>					
la qualità del servizio dipende dal controllo del responsabile CSM sui singoli operatori	<input type="radio"/>					

27 - Pensi alla figura dello **psichiatra** nel suo CSM. Come lo valuta?

	Per niente	--	-	+	++	Molto
efficiente	<input type="radio"/>					
amichevole	<input type="radio"/>					
influyente	<input type="radio"/>					

28 - Pensi alla figura dello **psicologo** nel suo CSM. Come lo valuta?

Per niente -- - + ++ Molto

efficiente	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
amichevole	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
influyente	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

29 - Pensi alla figura dell'**infermiere** nel suo CSM. Come lo valuta?

Per niente -- - + ++ Molto

efficiente	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
amichevole	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
influyente	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

30 - Pensi alla figura dell'**assistente sociale** nel suo CSM. Come lo valuta?

Per niente -- - + ++ Molto

efficiente	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
amichevole	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
influyente	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

31 - Pensi alla figura dell'**educatore** nel suo CSM. Come lo valuta?

Per niente -- - + ++ Molto

efficiente	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
amichevole	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
influyente	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

32 - Come valuta l'**efficacia** delle iniziative e degli interventi solitamente praticati nel suo CSM?
Le chiediamo di valutare le seguenti dimensioni con una scala da 1 a 4: 1 = per nulla efficace; 4 = molto efficace

	1 2 3 4
la relazione con il paziente	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
l'applicazione corretta di tecniche validate	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
il coinvolgimento dei familiari e del contesto di vita del paziente	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Le faremo alcune domande sul **contesto in cui i servizi di salute mentale si collocano**, ovvero sull'**ITALIA**. La comprensione di come viene vissuto il rapporto tra il sistema dei servizi di salute mentale e l'Italia renderà possibile fare previsioni di sviluppo.

33 - Pensi all'**Italia**. Secondo lei, nel medio periodo, quale sarà il suo **grado di sviluppo**?

-- - + ++
Basso ○ ○ ○ ○ **Alto**

34 - A suo avviso, in **Italia**, in che misura sono diffusi i seguenti **modelli di successo**?
 (Le chiediamo di esprimere il suo grado di accordo per entrambe le dimensioni).

	Per niente	--	-	+	++	Molto
progettare lo sviluppo ed anticipare i cambiamenti	○	○	○	○		
far parte di gruppi di potere	○	○	○	○		

35 - Secondo lei, in che misura **gli italiani sono**:
 (Le chiediamo di esprimere il suo grado di accordo per tutte e tre le dimensioni proposte).

	Per niente	--	-	+	++	Molto
interessati solo a sé e alla propria famiglia	○	○	○	○		
impegnati a migliorare la convivenza	○	○	○	○		
rispettosi delle regole	○	○	○	○		

Le faremo ora le stesse domande, chiedendole di pensare al **territorio entro il quale è iscritto il suo CSM**

36 - Pensi al territorio del suo CSM. Secondo lei, nel medio periodo, quale sarà il suo **grado di sviluppo**?

-- - + ++
Per niente ○ ○ ○ ○ **Molto**

37 - A suo avviso, in che misura sono diffusi i seguenti **modelli di successo** nel territorio del suo CSM?
 (Le chiediamo di esprimere la sua valutazione per entrambe le dimensioni.)

	Per niente	--	-	+	++	Molto
progettare lo sviluppo ed anticipare i cambiamenti	○	○	○	○		
far parte di gruppi di potere	○	○	○	○		

38 - Secondo lei, in che misura le **persone che stanno nel territorio del suo CSM** sono:
(Le chiediamo di esprimere il suo grado di accordo per tutte e tre le dimensioni proposte.)

Per niente -- - + ++ Molto

Interessate solo a sé e alla propria famiglia	○○○○
Impegnate a migliorare la convivenza	○○○○
rispettose delle regole	○○○○

39 - Pensi ai **problemi** e ai **conflitti** in **Italia**. Secondo lei, in che misura sono **generati** dai seguenti fattori? (Le chiediamo di esprimere il suo grado di accordo per ciascuno di essi.)

Per niente -- - + ++ Molto

disoccupazione	○○○○
problemi di convivenza	○○○○
bassa qualità dei servizi	○○○○
illegalità diffusa	○○○○
scarsa competitività del mercato	○○○○
deterioramento del confronto politico	○○○○
incapacità di promuovere sviluppo	○○○○

40 - Le proponiamo ora una serie di affermazioni sul **futuro a medio termine**. (Le chiediamo di esprimere il suo grado di accordo per ciascuna di esse).

Per niente -- - + ++ Molto

sarà sempre più difficile vivere bene in Italia	○○○○
le persone saranno sempre meno capaci di educare i propri figli	○○○○
non è assolutamente possibile fare previsioni sul futuro	○○○○
sarà sempre più difficile trovare persone su cui fare affidamento	○○○○

41 - A suo avviso, in che misura ciascuno dei fattori elencati è determinante per il **successo dei giovani in Italia**?

(Le chiediamo di esprimere il suo grado di accordo per ciascuno di essi).

Per niente -- - + ++ Molto

appoggio della famiglia	○○○○
appartenenza a gruppi di potere	○○○○
eccellenza e professionalità	○○○○
capacità di imporsi sugli altri	○○○○
creatività	○○○○

42 - Le chiediamo di valutare l'**affidabilità** di alcune **strutture sociali in Italia**.
 (Le chiediamo di esprimere per ciascuna di esse quanto le ritiene affidabili.)
 Nel rispondere, tenga conto del fatto che i simboli vanno letti nel modo seguente:

-- - + ++
Per niente **Poco** **Abbastanza** **Molto**
Affidabile **Affidabile** **Affidabile** **Affidabile**

	-- - + ++
partiti politici	○ ○ ○ ○ ○
servizi per la salute mentale	○ ○ ○ ○ ○
piccole e medie imprese	○ ○ ○ ○ ○
magistratura	○ ○ ○ ○ ○
sistema bancario	○ ○ ○ ○ ○
giornali e TV	○ ○ ○ ○ ○
sistema sanitario	○ ○ ○ ○ ○
sindacati	○ ○ ○ ○ ○
chiesa	○ ○ ○ ○ ○
forze dell'ordine	○ ○ ○ ○ ○
grande impresa	○ ○ ○ ○ ○
servizi pubblici	○ ○ ○ ○ ○
famiglia	○ ○ ○ ○ ○

43 - In Italia, quali dei seguenti fattori **ostacolano** le iniziative per lo **sviluppo**?
 (Ne indichi solo due).

mancanza di investimenti	○
mancanza di autonomia locale	○
una mentalità non favorevole al cambiamento	○
la presenza di interessi consolidati	○
l'incapacità dei politici	○

Le chiediamo, infine, di dare alcune indicazioni su di Lei e sul suo lavoro:

l'area professionale:

medico	<input type="radio"/>
infermiere	<input type="radio"/>
psicologo	<input type="radio"/>
educatore	<input type="radio"/>
assistente sociale	<input type="radio"/>
terapista della riabilitazione psichiatrica	<input type="radio"/>
altro: specificare.....	<input type="radio"/>

il sesso:

maschile	<input type="radio"/>
femminile	<input type="radio"/>

l'anzianità di servizio:

meno di cinque anni	<input type="radio"/>
da cinque a dieci anni	<input type="radio"/>
da undici anni a quindici	<input type="radio"/>
più di quindici anni	<input type="radio"/>

l'area geografica del suo CSM:

Nord Ovest	<input type="radio"/>
Nord Est	<input type="radio"/>
Centro	<input type="radio"/>
Sud e Isole	<input type="radio"/>