

SERVIZI PSICHIATRICI PER LA DIAGNOSI E LA CURA (SPDC) DEL LAZIO: CULTURA LOCALE E INDICATORI DI SVILUPPO¹

di R. Carli, F. Giovagnoli, R. M. Paniccchia, F. Bucci, F. Dolcetti, D. De Berardinis, S. Di Massimo,
M. Sparvoli

1 – Premessa

Un gruppo di psicologi, attivi in alcuni SPDC di Roma e provincia, chiesero qualche anno fa di poter riflettere, con la Cattedra di Psicologia Clinica della Facoltà di Psicologia 1 di Sapienza, Università di Roma, sul ruolo e la funzione dello psicologo entro il Servizio.

Il presidente del Coordinamento regionale degli SPDC, qualche tempo dopo il convegno, chiese alla Cattedra di Psicologia Clinica di svolgere un'indagine sulla Cultura Locale dei Servizi Psichiatrici del Lazio. Gli psicologi impegnati nell'attività di riflessione sopra ricordata, si sono fatti parte attiva per la realizzazione dell'indagine presso i colleghi dei differenti SPDC della regione. La Cattedra di Psicologia Clinica ha predisposto un Questionario ISO per la rilevazione della Cultura Locale entro gli SPDC; l'applicazione del Questionario, nella sua fase di presentazione dell'indagine e di motivazione di tutto il personale SPDC alla partecipazione, è stato curato dal Coordinamento, dal gruppo degli psicologi e dalla Cattedra di Psicologia Clinica².

In questo rapporto si presenta quanto emerso nell'indagine sulla Cultura Locale degli SPDC del Lazio.

Presentiamo alcuni dati sulla partecipazione all'indagine; partecipazione che è stata molto alta, sia per il numero di operatori degli SPDC che hanno accettato di rispondere al Questionario ISO che per l'attendibilità dei dati raccolti.

Area Professionale

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Risposte valide				
psichiatra	97	27,2	28,6	28,6
infermiere	204	57,1	60,2	88,8
psicologo	18	5,0	5,3	94,1
assistente sociale	12	3,4	3,5	97,6
Altro	8	2,2	2,4	100,0
Totale	339	95,0	100,0	
Risposte mancate	18	5,0		
Totale	357	100,0		

Sesso

¹ La ricerca è stata realizzata dalla Cattedra di Psicologia Clinica della Facoltà di Psicologia 1 della Sapienza, Università di Roma, per conto del Coordinamento degli SPDC del Lazio.

² La ricerca – intervento entro gli SPDC laziali è stata pensata e modellata facendo riferimento alla parallela ricerca - intervento sui CSM italiani, della quale si resoconto nel primo contributo di questo Supplemento al n. 3 della Rivista di Psicologia Clinica. Per le premesse, così come per l'impostazione teorica e metodologica di questa indagine, si fa riferimento a quanto descritto nel lavoro sui CSM.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Risposte valide	174	48,7	49,9	49,9
uomo				
donna	175	49,0	50,1	100,0
Totale	349	97,8	100,0	
Risposte mancate	8	2,2		
Totale	357	100,0		

Anzianità di servizio

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Risposte valide	50	14,0	14,3	14,3
meno di 5 anni				
da 5 a 10 anni	100	28,0	28,6	42,9
da 11 a 15 anni	50	14,0	14,3	57,1
più di 15 anni	150	42,0	42,9	100,0
Totale	350	98,0	100,0	
Risposte mancate	7	2,0		
Totale	357	100,0		

Servizi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valide	27	7,6	7,6	7,6
San Giovanni				
Formia	18	5,0	5,0	12,6
Grassi Ostia	15	4,2	4,2	16,8
San Filippo Neri	19	5,3	5,3	22,1
Rieti	11	3,1	3,1	25,2
Santo Spirito	26	7,3	7,3	32,5
Subiaco	22	6,2	6,2	38,7
Pertini	27	7,6	7,6	46,3
Latina	17	4,8	4,8	51,0
Civitavecchia	27	7,6	7,6	58,5
Forlanini	22	6,2	6,2	64,7
Umberto 1°	17	4,8	4,8	69,5
Fatebenefratelli	20	5,6	5,6	75,1
Frascati	11	3,1	3,1	78,2
Sora	13	3,6	3,6	81,8
Albano	18	5,0	5,0	86,8
Sant'Eugenio	15	4,2	4,2	91,0
Viterbo	11	3,1	3,1	94,1
Ceccano	12	3,4	3,4	97,5
Tivoli	9	2,5	2,5	100,0
Totale	357	100,0	100,0	

Come si può vedere, hanno partecipato all'indagine 20 Servizi, per un totale di 357 operatori. Nella maggioranza si tratta di Psichiatri e Infermieri, che assieme assommano all'89% della popolazione

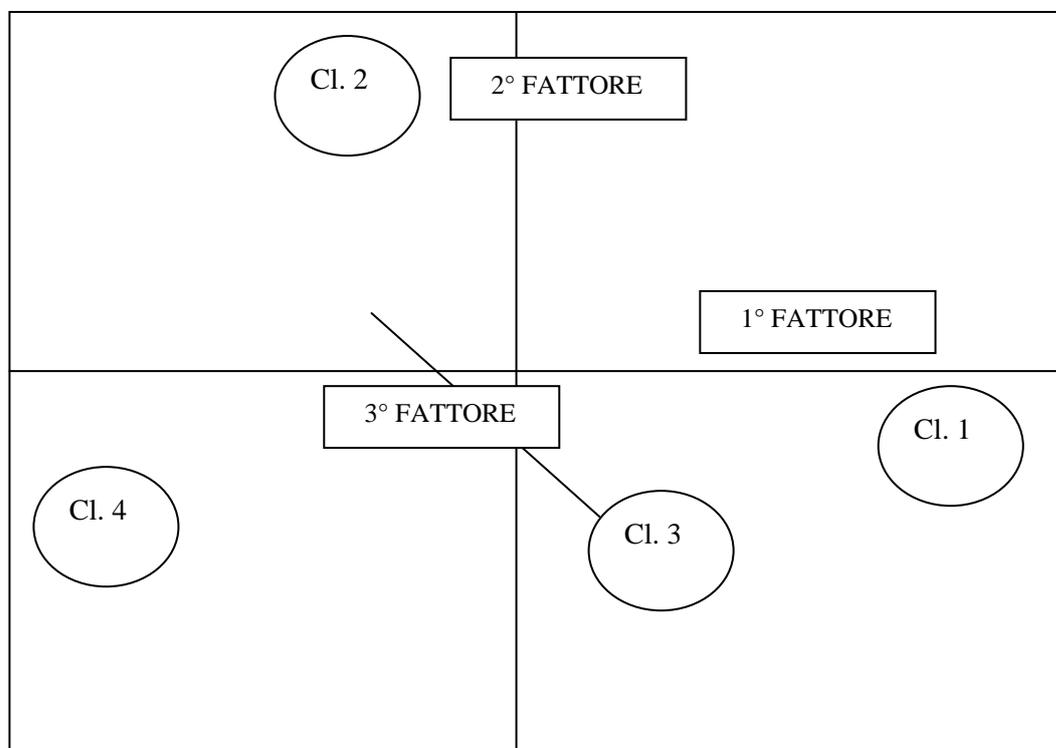
partecipante alla ricerca. Interessante notare come, nella ripartizione per genere, sia sostanzialmente bilanciata la presenza di operatori di sesso femminile e maschile. L'elevata presenza di partecipanti con anzianità di servizio oltre i 15 anni (42%), testimonia del basso livello di turn over entro gli SPDC laziali.

2 – La Cultura Locale

L'analisi dei dati ottenuti con il Questionario ISO (analisi fattoriale delle corrispondenze multiple e analisi dei cluster) ha consentito di evidenziare 4 Cluster: il Cl. 1 e il Cl. 4 sono disposti sul primo fattore; il Cl. 2 sul secondo fattore e il Cl. 3 sul terzo fattore.

CLUSTER	FREQ	PERC	Fattore1	Fattore2	Fattore3
Cluster 1	141	39.50%	95.6% (+)		
Cluster 2	57	15.96%		87.6% (+)	
Cluster 3	97	27.17%		16.3% (-)	74.6% (+)
Cluster 4	62	17.37%	90.2% (-)		
Totale	357	100%			

La disposizione dei Cluster nello spazio fattoriale :



2.1 Il primo fattore

Procederemo con l'analisi dei dati emersi sul primo fattore, quello graficamente rappresentato dall'asse orizzontale dello spazio fattoriale. Agli estremi del primo fattore troviamo i Cluster 1 e 4;

si tratta di raggruppamenti culturali che stanno quasi esclusivamente sul primo fattore, come dimostrano i dati di “coseno quadrato”, indicativi di quanto i centri dei cluster siano ben rappresentati sulle polarità fattoriali.

Il Cluster 1

Si tratta di una cultura fondata sull'elevata *soddisfazione* di appartenere all'SPDC e di lavorare al suo interno.

Una soddisfazione che sembra motivata da valutazioni emozionali di tipo “affiliativo”, sia nei confronti del servizio che dei colleghi che in esso operano.

La dimensione che organizza le aspettative e la valutazione delle differenti figure professionali del Servizio è l'essere “amichevoli”, importante per lo psicologo, per l'assistente sociale, l'infermiere e più in generale per il proprio SPDC. Interessante notare che la figura dello psichiatra non sia caratterizzata da questa componente affiliativa, di accettazione affettiva.

Il metro di valutazione del servizio è fondato sulla relazione d'équipe; da questa competenza a lavorare in gruppo, ed a confrontare il proprio lavoro entro le riunioni d'équipe, dipende la qualità delle prestazioni erogate. Alla consuetudine al lavoro di gruppo viene contrapposta la tendenza a valorizzare la competenza dei singoli che, nel suo negare individualisticamente lo “spirito” del gruppo, viene valutata negativamente, viene considerata come un ostacolo alla qualità del servizio. Si è contenti del proprio lavoro, come s'è detto; questa soddisfazione è strettamente connessa al prestigio, alla qualità dell'immagine che si ritiene abbia il proprio SPDC.

L'SPDC è un luogo ove si sta bene, ove la qualità della vita è apprezzabile, ove le relazioni con i colleghi e con la gerarchia sono di buon livello, ove le relazioni sono trasparenti e consentono di esprimersi con franchezza e sincerità, ove viene riconosciuta la competenza e l'innovatività dei singoli, ma soprattutto la loro propensione a lavorare e a partecipare le proprie emozioni in gruppo. Certamente, nell'SPDC *non ci sono opportunità di carriera né occasioni di sviluppo professionale*; ma questi limiti, che come si può ben capire appartengono ad un'area di aspettative prettamente individualista, non sembrano inficiare la soddisfazione per il proprio lavoro di chi appartiene al Cluster in analisi.

L'esigenza d'amichevolezza, l'orientamento comprensivo e capace di evocare simpatia e accettazione emotiva nell'altro, sembrano sintetizzare la principale competenza richiesta nell'SPDC: è un fattore di successo, ad esempio, il “non sollevare problemi”, il “saper lavorare in gruppo”, al pari del “saper comunicare in modo efficace”, del “sapersi assumere responsabilità” e dell’“ottenere buoni risultati”. In altri termini, la competenza affiliativa in ogni suo aspetto relazionale sembra, in questa cultura, alla base dell'esigenza di realizzare buoni risultati e di conquistare prestigio e credibilità entro il contesto della sanità psichiatrica.

In che contesto pensano di vivere gli appartenenti a questa cultura?

Si pensa all'Italia e al territorio dell'SPDC come a contesti in forte sviluppo. Ma anche a contesti ove l'attenzione allo sviluppo s'accompagna con un marcato atteggiamento familista e con una valorizzazione spiccata per l'appartenenza ai gruppi di potere, quale fattore di successo entro la realtà sociale ed economica.

In sintesi, la Cultura Locale del Cluster 1, la più numerosa entro la popolazione partecipante all'indagine (40% del totale), mostra attenzione prevalente all'amicizia, alla competenza a far manutenzione entro le relazioni sociali, alla capacità di lavorare in gruppo e di mettere in comune le esperienze lavorative, al fine di creare una qualità della vita e un'assenza di conflittualità quali elementi importanti per la funzionalità dell'SPDC. C'è speranza in un cambiamento del sistema degli SPDC italiani, che sapranno offrire nuove opportunità di lavoro e di sviluppo. Un lavoro che non offre carriera o sviluppo professionale spendibili al di fuori del servizio, ma che consente una vita professionale affettivamente gratificante e di buon livello di competenza. Si prefigura un sistema sociale più ampio, italiano e territoriale, improntato al familismo, ma al contempo attento

allo sviluppo; un contesto immaginato ad immagine e somiglianza del sistema di relazioni proprio dell'SPDC.

Il Cluster 4

Si tratta di una cultura contrapposta alla precedente, vista la sua posizione all'altro polo del primo fattore. Qui, è un dato che può orientare nell'analisi, la variabile illustrativa che maggiormente contribuisce all'organizzazione culturale è quella degli *infermieri*.

Si tratta di una Cultura Locale fondata sull'*insoddisfazione* sia per il proprio lavoro entro l'SPDC, che per lo stesso servizio. Una cultura, lo vedremo meglio tra breve, caratterizzata da anomia e da sfiducia generalizzata per tutte le istituzioni sanitarie e pubbliche.

La motivazione che regge l'insoddisfazione è l'attesa di un *potere* elevato, auspicato per l'SPDC e per le figure professionali che al suo interno operano: potere che, nella valutazione di chi appartiene a questa cultura, è assente e sistematicamente disatteso. Il proprio SPDC, lo psicologo, l'assistente sociale, l'infermiere, ma anche il sistema sanitario italiano sono valutati negativamente in quanto poco influenti, poco dotati di potere. Interessante notare che, come nella cultura precedente per quanto concerneva la motivazione affiliativa, da questa aspettativa di potere è esente lo psichiatra, per il quale la dimensione più importante è l'efficienza: essa pure assente, entro il generale giudizio negativo. E' attraverso il potere che si possono perseguire risultati apprezzabili e si possono realizzare gli obiettivi più rilevanti, sembra la convinzione centrale di questa cultura. Ma questo potere manca, nell'ambito del servizio d'appartenenza. Un potere organizzante la vita sociale che è carente anche entro il più ampio sistema d'appartenenza; carenza che crea sfiducia nelle norme e nelle persone che aderiscono al sistema normativo: creando quella condizione di anomia che può motivare ad una visione pessimista e persecutoria della vita sociale.

Tornando all'SPDC, in questa cultura mal si sopportano le manifestazioni di valorizzazione delle relazioni affettive tra le componenti del servizio: mal si sopportano le riunioni d'équipe, ad esempio; ciò che rende insoddisfatti nel lavoro è la *scarsa attenzione al perseguimento degli obiettivi e dei risultati, al riconoscimento delle competenze, all'autonomia nel lavoro*. Meno importanti sembrano le relazioni tra i colleghi o con la gerarchia, così come la trasparenza nelle relazioni di lavoro. Ciò che connota i problemi del servizio è, principalmente, la scarsa coerenza tra ciò che si dice e ciò che si fa; caratteristica tipica di un sistema ove si tende a salvare la relazione, a scapito dei risultati. Sembra che l'insoddisfazione di questa cultura abbia, quale oggetto di critica, l'attenzione alle relazioni e alla loro componente affiliativa quale si è vista nella cultura del cluster precedente. In questo senso, le relazioni tra le persone che lavorano nell'SPDC sono problematiche: non si sviluppano attorno ad un potere organizzante e capace di garantire i risultati; si propongono, di contro, quali relazioni autoriferite, capaci di sviluppare una manutenzione di se stesse a scapito dei risultati. La stima degli altri, in tal senso, è altamente criticata quale fattore di successo nel servizio: si tratta di una componente di dipendenza dagli altri e non dal risultato perseguito con il lavoro. La scarsa chiarezza dei ruoli e la scarsa differenziazione dei compiti rende problematico il funzionamento del proprio SPDC: la relazione col paziente non è efficace, così come è scarso il coinvolgimento dei familiari e del contesto di vita del paziente nell'intervento terapeutico; anche l'applicazione di tecniche validate non è adeguata e corretta. Non c'è alcuna attenzione dell'SPDC nel rilevare la soddisfazione del proprio cliente. Anche il futuro del servizio è visto criticamente: per gli SPDC italiani vale l'ipotesi che tutto cambierà perché nulla cambi; è esclusa l'ipotesi che ci possano essere in futuro nuove opportunità di sviluppo per chi lavora nell'SPDC.

Si è detto della condizione anomica che caratterizza questa cultura: si pensa che nessuno, in Italia o nel territorio a cui si appartiene, sia rispettoso delle regole o impegnato a migliorare la convivenza. Questa deregolazione delle relazioni, fondate sull'affettività estemporanea più che sull'accettazione di una norma condivisa e terza rispetto alle relazioni dirette tra persone, crea una forte condizione emozionale di sfiducia e di perdita di speranza in una evoluzione più accettabile della propria condizione di vita. L'affidabilità delle strutture importanti per i nostri partecipanti, dai servizi di salute mentale al sistema sanitario, dal sindacato ai servizi pubblici, dalle imprese (grandi o medio

piccole) ai partiti politici e alla magistratura, è molto, molto bassa. Emerge una valutazione pessimista sul sistema di convivenza del paese, dovuta all'illegalità diffusa, alla bassa qualità dei servizi, alla mancata promozione di sviluppo; di uno sviluppo che è, di fatto, inesistente sia nel paese che nel territorio d'appartenenza.

Sarà sempre più difficile trovare persone su cui fare affidamento, sarà sempre più difficile vivere bene nel nostro paese, le persone saranno sempre meno capaci di educare i propri figli: ecco le dimensioni che specificamente misurano il livello dell'anomia, molto elevata in questa cultura. Anomia e disillusione per un potere forte, capace di organizzare le relazioni tra persone e di ricondurre tutti alle regole condivise: ecco le due facce della stessa medaglia. Per questo la disillusione nei confronti del servizio in cui si lavora è strettamente connessa alla scarsa credibilità e allo scarso potere esercitato da chi dovrebbe essere più attento ai risultati che alle relazioni tra gli operatori. Questa è la richiesta implicita di chi appartiene a questa cultura: di vedere all'opera un potere forte, capace di ricondurre tutti alle norme che, uniche, garantiscono risultati ed efficienza del servizio. Ma, si teme, questo non potrà avvenire negli SPDC, né ora né mai.

Sintesi dei dati emersi nel primo fattore

Sul primo fattore si contrappongono due culture di grande interesse, anche perché rappresentano - nel loro insieme - il 57% dell'intero gruppo dei partecipanti alla ricerca.

Da un lato, con il cluster 1, si propone una cultura volta prevalentemente a privilegiare le buone relazioni tra gli operatori entro l'SPDC, al fine di creare un contesto di lavoro accogliente e emozionalmente sereno. Il lavoro in gruppo e l'amicalità non conflittuale rappresentano i principali obiettivi di questa cultura. Una cultura, quindi, ove la maggior preoccupazione degli operatori è quella di creare un ambiente di lavoro amicale, pensando che tutto questo è possibile o già realizzato entro l'SPDC.

Dall'altro, si denuncia l'autoreferenzialità di questa tendenza culturale, volta alla creazione di contesti sereni e amicali, come il peggior nemico della funzionalità del servizio. Si reclama, nel cluster 4, un potere forte, capace di ricondurre tutti alla responsabilità circa la propria funzione e i propri obiettivi. Si pensa, d'altro canto, che questo potere è venuto a mancare e ora regna l'anarchia dell'amicalità autoriferita. Si è scontenti del proprio lavoro e si recriminano debolezze gerarchiche, non solo entro l'SPDC ma più in generale entro il sistema sociale in cui si vive. Si tratta di una cultura anomica e, proprio per questo, sfiduciata e fortemente critica. E' il gruppo professionale degli infermieri che contribuisce alla costruzione di questa cultura³. Gli infermieri che appartengono al cluster si sentono "abbandonati" dalla cultura psichiatrica e da chi questa cultura rappresenta, rimpiangendo una situazione passata ove il potere psichiatrico aveva la forza di organizzare l'assistenza e la cura, aveva soprattutto un forte prestigio e una capacità di affermarsi sul piano dell'immagine sociale.

Affiliazione quale modo delle relazioni da un lato, denuncia circa le carenze di un potere organizzante relazioni e obiettivi, nel suo compito di garantire funzionalità del servizio dall'altro. Si tratta di due culture che hanno in comune un dato: la mancanza di un "cliente" al quale orientare sia la dinamica affiliativa presente, che l'assenza di una gestione fondata sul potere. Senza un obiettivo realizzativo orientato al cliente, quindi, le *dinamiche affiliative*, volte a creare un contesto di lavoro sereno e accettante, e le *dinamiche del potere* capace di organizzare un richiamo forte alla funzionalità, mancano entrambe di un principio organizzatore: quel cliente del servizio che può dare senso alle buone relazioni entro l'SPDC, quanto al potere capace di ripristinare la funzionalità del servizio. Interessante notare come l'assenza del sistema motivazionale realizzativo, contrapponga affiliazione e potere entro un forte conflitto; quelle stesse dinamiche motivazionali che, se regolate dal "terzo" - cliente e dalla motivazione realizzativa, possono di contro trovare la loro importante, insostituibile sinergia.

³ Il 79% degli operatori che appartengono al cluster sono infermieri (MOD/CLA); il 21% della totalità degli infermieri appartiene al cluster (CLA/MOD). Quindi, al cluster 4 appartiene una minoranza degli infermieri, ma quanto emerge nella cultura del cluster è in gran parte determinato da infermieri.

2.2 Il secondo fattore

Proseguiamo la nostra lettura dello spazio fattoriale, con l'analisi dei dati emersi sul secondo fattore. Come s'è visto nella rappresentazione grafica, su un polo del secondo fattore, si situa il Cluster 2. All'altro polo, ma con un valore molto basso, troviamo il Cluster 3.

Cluster 2

E' l'unico, tra i cluster emersi dall'analisi dei dati, nel quale non compare alcuna relazione con le variabili illustrative utilizzate per l'indagine. Si tratta, quindi, di una cultura che è trasversale a tutte le variabili.

In questa cultura si propone una profonda differenziazione nella dinamica motivazionale che caratterizza i ruoli di chi lavora entro l'SPDC: il servizio, equiparato al pronto soccorso di un ospedale o a un reparto di cardiologia, ha quale sua caratteristica rilevante l'efficienza. L'efficienza, per quanto concerne le figure professionali, è attribuita quale caratteristica principale alla sola figura dell'infermiere. La funzione prevalente delle altre figure professionali (psichiatra, psicologo, assistente sociale, tirocinanti di varia natura), è quella di mantenimento delle componenti affettive della relazione. E' quindi all'infermiere che, in questa cultura, viene attribuita la funzione di perseguimento e di tutela della funzionalità del servizio.

L'attenzione al prodotto, alla realizzazione degli obiettivi del servizio, rende difficile il perseguimento delle riunioni d'équipe: utili sì, ma impossibili per l'eccessivo carico di lavoro. Di fatto, il problema principale nel funzionamento dell'SPDC è la carenza di personale in rapporto alla mole del lavoro, così come l'essere confrontati continuamente con le urgenze. Interessante notare come, in questa cultura, si faccia molta attenzione alla profonda diversità dei problemi che il servizio deve affrontare: gli utenti del servizio provengono da culture diverse, spesso propongono situazioni di violenza e d'aggressività; sono, evidentemente, caratterizzati da disturbi psichiatrici gravi. Si tratta di persone che arrivano all'SPDC per problemi derivanti non solo da pregresse cronicizzazioni di malattie organiche, ma più in generale da difficoltà entro i propri rapporti sociali: problemi di separazione dal coniuge, di rapporti difficili entro l'organizzazione in cui si lavora, di relazione con il vicinato, con il contesto familiare, con la scuola. Interessante la consapevolezza, che caratterizza questa sola cultura, della complessa dinamica di relazione che può facilitare la crisi psichiatrica: crisi che è chiaramente vista non solo come fenomeno psicopatologico, ma anche quale fallimento nei processi di convivenza entro i più differenti contesti sociali. C'è fiducia nel servizio: il proprio SPDC è un'organizzazione dotata di razionalità e è attenta a *verificare la soddisfazione del cliente*. Si è soddisfatti del proprio lavoro, in particolare per le sue caratteristiche di autonomia, di responsabilità e di impegno relazionale. L'SPDC, il servizio entro il quale si lavora, è dotato di prestigio, di una buona immagine presso il sistema sociale entro il quale è iscritto.

Si tratta, in sintesi, di una cultura orientata all'efficienza del servizio così come alla comprensione dei problemi sociali e relazionali dei suoi utenti. Una cultura che valorizza la funzione dell'infermiere e che trae soddisfazione nel lavoro dalla responsabilità che lo stesso comporta, dalla competenza non solo entro i problemi di psicopatologia ma anche di attenzione ai familiari e al contesto dei pazienti, al loro coinvolgimento nel lavoro di contenimento della crisi e di organizzazione della convivenza entro il servizio stesso. Si tratta, peraltro, di una cultura che possiamo definire familista e tradizionale: le uniche istituzioni affidabili nel nostro paese sono, appunto, la famiglia e, al suo fianco, le forze dell'ordine. Si tratta di una cultura anomica, ove ancora una volta l'anomia deriva dal sentimento di vivere in un contesto caratterizzato da disattesa generale delle regole del gioco. Un contesto ove illegalità diffusa e gravi problemi di convivenza s'accompagnano all'ingravescente disoccupazione, specie giovanile, all'incapacità di promuovere sviluppo e di creare imprese competitive entro il mercato. Sembra che l'attenzione alla funzionalità e al prestigio del proprio servizio sia una sorta di compensazione al vissuto di un contesto

inaffidabile e poco capace di sviluppo. La funzionalità del servizio è affidata a chi, come la figura dell'infermiere, sa accompagnare l'intervento psichiatrico, scientificamente fondato, con una profonda attenzione ai problemi di contesto che caratterizzano i malati, e con una capacità di coinvolgimento dei familiari.

Particolare attenzione può essere riservata alla condizione anomica degli operatori che appartengono a questa cultura. Ricordiamo che l'anomia descrive una situazione emozionale di angoscia, sfiducia e ritiro entro dimensioni familiste, a causa di una percezione problematica dei sistemi sociali: società che non sembra più retta da norme e regole del gioco che consentano, a chi in essi convive, di dare fiducia all'altro, di percepire una condivisione delle norme. La condizione anomica, quindi, propone una grave "patologia sociale" in quanto è fondata sulla sfiducia nell'"altro" in generale, sulla necessità di trovare un rifugio rassicurante nella sola realtà familiare, nell'auspicio che un potere forte possa ristabilire quel rispetto delle regole che, disatteso dalla totalità delle persone, rende problematica ogni forma di convivenza.

La condizione anomica di questa cultura, come anche della cultura emersa nel cluster 2, fa pensare: si tratta infatti delle due culture che valorizzano, sia pur in termini diversi, la funzione psichiatrica e l'SPDC. Sembra che questa valorizzazione dell'SPDC sia coerente con un sentimento di isolamento e di chiusura nei confronti del sistema sociale che non si capisce, e che mostra connotazioni di ostilità elevate. L'SPDC, vissuto in queste culture come l'erede dei vecchi ospedali psichiatrici, diventa una sorta di residuo archeologico; la cultura più generale, che ha reso possibile la realizzazione della riforma basagliana e la sua promulgazione nella legge 180, è la stessa cultura che ha condannato il custodialismo psichiatrico e ne ha promulgato l'abolizione. Gli operatori che hanno generato queste due culture locali (cluster 2 e cluster 4) sembrano disorientati e perplessi, trovandosi a lavorare in un contesto psichiatrico che, percepito quale erede del vecchio O. P., vedono al contempo utile nella sua funzionalità e problematico nella sua immagine sociale. L'appartenenza convinta all'SPDC ne fa dei fautori della sua funzionalità e dei suoi obiettivi, così come si lamentano per la mancata presa di posizione di chi dovrebbe ricondurre l'SPDC ad un funzionamento più efficace. Sentono, al contempo, quanto sia difficile integrare la loro convinzione con quanto di ostile o diffidente viene espresso nei confronti della funzione psichiatrica residenziale, entro il sistema sociale nel quale sono iscritti. L'anomia sembra essere una conseguenza di questo "conflitto" tra un'appartenenza professionale accettata, da sviluppare, e un'appartenenza sociale ove si percepisce ostilità, diffidenza per la professione stessa, per i suoi metodi e i suoi obiettivi

2.3 Il terzo fattore

Passando al terzo fattore, troviamo il cluster 3, l'ultimo raggruppamento culturale della nostra analisi.

Cluster 3

Si tratta di una cultura ove è presente, quale variabile illustrativa, la figura professionale dello *psichiatra*.

Per la prima volta, in questa cultura è rilevante la previsione circa i desideri della Direzione aziendale in cui si lavora: desideri che si pensa limitati ad *abbattere i costi di gestione del servizio* e a *ridurre il personale*. Viene escluso un interesse della Direzione aziendale al miglioramento delle relazioni dell'SPDC con i CSM di zona, come più in generale con il contesto sociosanitario. La Direzione aziendale, quindi, viene rappresentata come disinteressata allo sviluppo e al funzionamento del servizio, focalizzata solo sul contenimento drastico della spesa. A questa percezione pessimista se ne affiancano altre, collegate alle previsioni circa un possibile cambiamento del sistema SPDC nel paese: si prevede un cambiamento radicale negli SPDC, ma un *cambiamento in peggio*, per cui sarà sempre più difficile essere soddisfatti del proprio lavoro e si

chiuderanno tutte le già scarse possibilità di sviluppo professionale, per chi nel servizio opera. Siamo confrontati, quindi, con una vera e propria situazione di “anomia professionale”. Ancora una volta, alla base della condizione anomica si ritrova la sfiducia nella gerarchia e nella sua competenza a garantire la valorizzazione della competenza professionale. L’unico fattore di successo nel proprio SPDC, per questa cultura, è infatti l’*accondiscendere alla gerarchia*, mentre non hanno alcun valore in tal senso l’ottenere buoni risultati, l’innovazione, il saper lavorare in gruppo, il saper assumere responsabilità professionali o lo sviluppo della propria competenza. Si tratta di persone insoddisfatte del proprio lavoro, entro un servizio ove non ci sono opportunità di carriera né di sviluppo professionale, ove la partecipazione alla definizione degli obiettivi è nulla e il prestigio del servizio inesistente.

I problemi che vengono affrontati nell’SPDC sono i disturbi psichiatrici gravi. Punto e basta. La nosografia psichiatrica “grave” esaurisce in se stessa ogni definizione delle problematiche caratterizzanti l’utenza del servizio. Vengono esclusi problemi derivanti da disturbi della sfera sessuale, disturbi collegati a difficoltà negli studi o derivanti dalla perdita di una persona cara.

In che contesto è iscritta questa cultura?

Si pensa che in Italia, come nel territorio d’appartenenza, l’unico fattore di successo sia l’appartenenza a gruppi di potere; anche per i giovani il solo fattore di successo è l’appartenenza ai gruppi di potere. Gli abitanti del territorio d’appartenenza sono interessati solo a se stessi e alla propria famiglia, senza alcuna propensione a migliorare la convivenza. Si tratta di una cultura, quindi, ove l’altro è visto come succube del potere costituito; quel potere che, a sua volta, nell’SPDC è interessato solo a creare dipendenza inutile e a demotivare ogni interesse alla crescita professionale e all’eccellenza nelle prestazioni del servizio. Ma si tratta, anche, di una cultura fortemente chiusa entro l’orientamento “psichiatrico” tradizionale, che vede, nella differenza di formazione e di orientamento professionale degli operatori dell’SPDC, uno dei principali fattori problematici e di conflitto all’interno del servizio; assieme alla difficoltà di comunicazione tra gli operatori stessi e alla carenza di obiettivi comuni e partecipati.

Non tutti gli psichiatri⁴ degli SPDC partecipanti all’indagine appartengono a questa cultura. Ma l’appartenenza al gruppo degli psichiatri è l’unica variabile illustrativa che contribuisce in modo significativo alla costruzione del cluster.

Interessante notare la differenza nell’attenzione alla gerarchia, quale emerge nel cluster 4, ove ci si lamenta del mancato intervento di “potere” per un ripristino della funzionalità del servizio, e in questa cultura. Qui la gerarchia è descritta come incompetente e completamente succube dei *diktat* strategici, conferiti al sistema sanitario dalla politica e dall’economia. Se nel cluster 4, quindi, il potere interpellato per una ripresa della sua funzione di orientamento e di conduzione dell’SPDC è quello psichiatrico, qui il potere al quale si fa riferimento sembra più quello amministrativo e di direzione generale del servizio.

Gli infermieri stimolano il potere psichiatrico e ne reclamano un più deciso intervento; gli psichiatri rispondono con la sfiducia anomica nei confronti del potere amministrativo.

⁴ Il 42% degli operatori che appartengono al cluster 3 è costituito da psichiatri (MOD/CLA); nel contempo, il 42% dell’intero gruppo degli psichiatri appartiene al cluster 3 (CLA/MOD).

2.4 Una sintesi dello spazio culturale

L'insieme delle quattro Culture Locali, quale emerge dall'analisi dei dati emersi entro gli SPDC laziali, presenta due aree di accettazione, di valorizzazione del servizio e di soddisfazione per il lavoro svolto (Cluster 1 e Cluster 2). Presenta, d'altro canto, due aree caratterizzate da anomia e da forte svalorizzazione, sia pure per aspetti diversi, del Servizio Psichiatrico per la Diagnosi e la Cura. Interessante notare come queste due ultime aree siano caratterizzate dalle posizioni professionali più rilevanti, sia numericamente che per la funzione svolta nell'SPDC, vale a dire quella degli infermieri e quella degli psichiatri (Cluster 4 e Cluster 3). La posizione di queste due ultime aree nello spazio fattoriale, può aiutare a coglierne il senso entro la più ampia dinamica culturale emersa.

Una prima contrapposizione: la cultura della coesione e quella della richiesta di un potere forte. L'area culturale caratterizzata dagli infermieri si contrappone, sul primo fattore, all'area di accettazione e di valorizzazione dell'SPDC (Cluster 1), fondata sulla gestione affiliativa delle relazioni all'interno del servizio, sull'importanza del lavoro di gruppo. Nel Cluster 4, di contro, si richiede un potere forte che faccia piazza pulita con le smancerie dell'affettività coesiva e attenta alle relazioni, al fine di creare un atteggiamento di ricerca dell'efficienza e della funzionalità da parte degli operatori. Un potere forte che sia attento ai risultati, più che al benessere affettivo degli operatori. Un potere forte che non viene esercitato da alcuna componente del servizio; un potere forte la cui assenza facilita una disattesa delle norme e quindi una condizione anomica, sia all'interno dell'SPDC che nel più ampio contesto del territorio d'appartenenza e dell'Italia più in generale. Si tratta, in sintesi, di una condizione anomica che deriva dalla critica forte e per certi versi impietosa di una visione "affiliativa" del servizio psichiatrico, fatta di riunioni d'équipe, di amicalità tra operatori, in una sorta di preteso egualitarismo, più attento al clima e allo star bene nel servizio che al prodotto e all'efficienza. Quest'ultima posizione culturale è maggioritaria nel gruppo dei partecipanti alla ricerca e assomma al 40% di chi ha risposto al questionario ISO, come s'è detto. In polemica con questa posizione sorge la critica espressa dal cluster 4, ove la posizione professionale dell'infermiere è caratterizzante. Sottolineiamo che la presenza di alcune variabili illustrative entro un cluster non significa che quella variabile è presente sistematicamente e isolatamente in quel cluster. E' possibile che alcuni infermieri abbiano contribuito alla cultura del cluster 1, assieme a differenti altre componenti del servizio; rimane il fatto che l'unica variabile illustrativa che concorre significativamente al cluster 4 sia quella dell'infermiere, di chi sembra maggiormente in conflitto con una visione amicale e coesa del lavoro psichiatrico nell'SPDC.

Una seconda contrapposizione: la cultura dell'efficienza e quella dell'anomia professionale. Nella prima cultura (cluster 2) si sottolinea la rilevanza di una competenza nella comprensione dell'ampia gamma di problemi relazionali che possono condurre alla crisi psichiatrica dei pazienti, e all'efficienza del servizio, importante per garantirne la realizzazione degli obiettivi. La competenza, sia tecnica che psicosociale, è fortemente gratificante per gli operatori dell'SPDC e compensa il sentimento di anomia che deriva dalla valutazione di un sistema sociale ove famiglia e forze dell'ordine sono le sole istituzioni sulle quali si può far affidamento. Un sistema ove è importante l'eccellenza professionale e la creatività, ma ove l'unico punto di riferimento sicuro è, ancora, la sola istituzione familiare. A questa visione positiva e fiduciosa del servizio si contrappone una visione pessimista, tutta incentrata sulla critica nei confronti della dirigenza dell'SPDC: su chi dovrebbe assumersi la responsabilità di sviluppo del servizio e che, di contro, lo vuole solo destrutturare, per mere ragioni economicistiche; una dirigenza tesa alla riduzione dei costi e volta a considerare il personale solo come una "fonte di costo". In questa cultura, che come s'è visto vede una presenza significativa della figura professionale dello psichiatra, l'unica istituzione affidabile nel paese è il sistema sanitario: efficiente per via del personale specializzato che vi opera, ma

minacciato dai responsabili amministrativi, incompetenti e espressione di interessi politici consolidati. Ricordiamo che, nella visione di questa cultura, l'unico fattore di successo all'interno dell'SPDC è quello di accondiscendere alla gerarchia, di piegarsi ai voleri di chi non ha una competenza utile per la gestione del servizio. Di qui una sorta di anomia professionale, che investe più in generale il futuro del servizio: un futuro "nero", ove tutto si ripeterà eguale a se stesso, senza alcuna possibilità di sviluppo per chi nell'SPDC opera.

In sintesi:

- ad una cultura maggioritaria di soddisfazione sul lavoro, fondata sulla motivazione affiliativa e sul lavoro di gruppo, si contrappone una cultura pessimista, di critica profonda della situazione attuale del servizio, fondata sulla richiesta di un potere forte, d'impronta organizzante, che è assente.
- ad una cultura di soddisfazione fondata sull'efficienza e la competenza, si contrappone una cultura di critica profonda alla dirigenza del servizio e di sfiducia in una possibile evoluzione dello stato mortificante attuale.

3. Prospettive di sviluppo

Sappiamo che i Servizi Psichiatrici per la Diagnosi e la Cura sono, sia pur con le marcate e profonde differenze rispetto al passato problematico cancellato con la legge 180, gli eredi della psichiatria custodialistica degli Ospedali Psichiatrici; sono i presidi per la crisi psichiatrica, previsti dalla legge 180, in sostituzione di una vecchia psichiatria che ha visto chiudere tutti i nosocomi messi sotto accusa dalla riforma basagliana. La struttura della salute mentale, nel nostro paese, si è organizzata con servizi nel territorio, quindi con strutture vicine al luogo della patologia, nell'intento di poter intervenire direttamente e *in loco*, all'insorgere dei problemi di convivenza. Problemi di convivenza che segnalano *ab initio* le difficoltà di relazione entro le quali si manifesta, sistematicamente, la psicopatologia. Gli SPDC, di contro, rappresentano il luogo di ricovero per la crisi; un luogo ove l'intervento psichiatrico d'emergenza richiede una provvisoria, breve, presa in carico residenziale del malato. Segnaliamo tutto questo perché si tratta, in un'ottica d'interpretazione dei dati emersi sulla cultura degli SPDC, della premessa indispensabile per una comprensione di quanto è emerso nella ricerca. Vediamone i motivi.

La cultura locale più rilevante, per numero di operatori che la generano, è una cultura difensiva nei confronti dell'utenza degli SPDC, del lavoro che l'occuparsi della crisi comporta, delle tensioni e delle difficoltà emozionali insite nella relazione con malati in crisi psichiatrica (Cluster 1). Si tratta della cultura che propone, difensivamente, la rilevanza di un clima relazionale amicale, accettante, amichevole *tra gli operatori*. C'è attenzione ai risultati, è importante sottolinearlo. Ma la funzione del servizio è subordinata ad un clima di amicalità e di accettazione dell'altro che comporta il non sollevare problemi, l'evitare ogni possibile conflittualità, sia nelle relazioni orizzontali che in quelle con la gerarchia del servizio. Si tratta di una cultura che propugna una sorta di coesione difensiva. Difesa rispetto a quale "pericolo"? E' lecita l'ipotesi che il pericolo stia nel *vissuto di isolamento* che, in questa cultura, viene attribuito all'SPDC. Un isolamento nei confronti della cultura riformista della psichiatria, che vede nel territorio e nel reinserimento del malato mentale il proprio obiettivo qualificante. L'SPDC, in questa ottica, è il luogo ove vengono ricoverati i casi di fallimento del reinserimento, quindi rappresenta l'*extrema ratio* consistente in un recupero di quella psichiatria custodialista che, sia pur per un breve periodo temporale, utilizza metodi e tecniche del vecchio Ospedale Psichiatrico. Ma anche un isolamento nei confronti di una cultura sociale post riforma, che vede criticamente un reinserimento sociale dei malati mentali, a carico prevalente delle famiglie e del contesto abitativo; reinserimento di un malato problematico, perché caratterizzato da

comportamenti che incidono profondamente sui sistemi di convivenza familiari, di quartiere, lavorativi o scolastici⁵. In questa ottica, l'SPDC si sente caricato delle pressioni volte a garantire un ricovero più lungo, meno improntato alla sola risoluzione, spesso temporanea, della crisi. Già sono visibili i segni di questa pressione in alcuni casi di ricovero prolungato, per mesi o per anni, nell'SPDC messo sotto pressione dal potere sociale o politico: una sorta di ricovero volto a proteggere famiglie di "raccomandati", che non se la sentono di riprendere, al loro interno, persone altamente problematiche proprio nella relazione con i familiari. Una risposta a questo ordine di problemi è ritrovabile nella cultura del cluster 1: "l'unione fa la forza", sembra si dica in questa cultura; stiamo uniti e vediamo di creare un clima amichevole tra noi, per resistere alle pressioni critiche che "piovono da tutte le parti".

Si tratta di una cultura che implica accettazione del servizio e soddisfazione per il proprio lavoro, quindi di una cultura che va valorizzata, anche se va integrata con altre componenti motivazionali. Va valorizzata la competenza e l'entusiasmo per il lavoro di gruppo, va riconosciuta la competenza nel saper utilizzare le relazioni tra operatori; tale valorizzazione, d'altro canto, può trovare un obiettivo più soddisfacente e produttivo se la tendenza all'autoriferimento (manutenzione delle sole relazioni tra operatori), si sposta all'attenzione nei confronti del cliente. Significa, tutto questo, il recupero di un'espansione dell'amicalità serena e integrata, anche ai pazienti e ai loro familiari, nell'ottica di ampliare l'obiettivo della soluzione della crisi, per aprire la strada a un reinserimento che veda sinergicamente impegnati l'SPDC, il CSM e le risorse del contesto. Con una attenzione particolare all'attivazione di queste ultime.

L'altra cultura "positiva" nei confronti dell'SPDC è quella del cluster 2: qui, come s'è visto, si pone una separazione tra la figura dell'infermiere alla quale viene attribuita la funzione di presiedere alla funzionalità e all'efficienza del servizio; e le altre figure professionali che dovrebbero creare quel clima di amicalità, già visto nel cluster precedente, per consentire il lavoro di risoluzione della crisi, affidato alla competenza degli infermieri. E' questa la cultura che più si avvicina ad un interesse per il "cliente", ad un orientamento in tal senso. Ma si è più ancorati all'efficienza che all'attenzione al cliente. Si riconosce come l'SPDC sia interessato alla verifica della soddisfazione del cliente; ma molti altri dati mostrano che la cultura in analisi è più orientata alla verifica dei risultati tramite categorie interne al servizio, che mediante valutazioni tratte dal contesto. In questo si notano difficoltà nello stabilire relazioni di collaborazione con i familiari dei malati, visti come chiusi in se stessi e poco disponibili a una collaborazione; mentre si sottolineano le difficoltà insite nel lavorare con pazienti provenienti da culture diverse, spesso aggressivi e violenti, caratterizzati da elevata gravità.

In sintesi, nelle due culture aperte all'SPDC e alla sua valorizzazione, sembra importante la competenza a "gestire" le relazioni, sia interne che con i pazienti; non viene valorizzata, di contro, la competenza psichiatrica tradizionale, che sembra svolgere una funzione di sfondo, non caratterizzante né la manutenzione del clima interno al servizio né la sua funzionalità. Questo appare come rilievo importante: si tratta delle due culture propositive nei confronti dell'SPDC, come abbiamo detto; culture ove il servizio è valorizzato per la competenza degli operatori a

⁵ In quest'ottica si possono comprendere i recenti progetti di legge per una riforma della 180: uno a firma dei senatori Valerio Carrara, Laura Bianconi, Ombretta Colli; un secondo a firma Paolo Guzzanti, con l'adesione dello "psicologo" Luigi De Marchi; un terzo a firma Carlo Ciccio e altri. Tutti di provenienza PDL.

Questi progetti di legge sembrano avere tre obiettivi fondamentali: una maggior facilità nel prescrivere Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) per quei malati mentali che, non consapevoli del proprio disturbo, rifiutano ogni trattamento farmacologico o psicoterapeutico e "infliggono" il loro comportamento problematico ai familiari e a chi ha consuetudini di convivenza con loro; una maggior durata della degenza; l'ingresso del privato nella costruzione di cliniche o luoghi di degenza "prolungati" per questa tipologia di malati. La critica a questi progetti: si vuole reintrodurre il custodialismo psichiatrico, sia pure sotto veste più umana, quale alternativa al reinserimento sociale del malato mentale, unica alternativa voluta dalla legge 180 alla malattia mentale. Ricordiamo in sintesi tutto questo, per sottolineare il profondo cambiamento culturale, dagli anni settanta ad oggi: allora la 180 rappresentava una delle espressioni di accettazione della diversità, non criticabile; oggi da molte parti sociali si vuole una revisione della legge, a partire da posizioni critiche nei confronti dell'accettazione incondizionata della diversità. Due ideologie contrapposte sono in gioco.

stabilire buone relazioni, tra loro o con i pazienti; non per una tecnica psichiatrica che viene ignorata tra i fattori di funzionalità del servizio. Tornando a quanto si diceva in precedenza, sembra che la valorizzazione dell'SPDC e la soddisfazione di lavorare al suo interno siano strettamente connesse con il superamento delle connotazioni vetero – psichiatriche; tale superamento, d'altro canto, è affidato alla dinamica affiliativa, alla valorizzazione dell'amicizia rassicurante delle relazioni. Ciò comporta una messa in ombra del vecchio paziente – cliente psichiatrico e della relazione aggressiva che connotava il rapporto con lui; senza per altro trovare una più utile e innovativa connotazione del “cliente” del servizio. E' questo un limite che può essere superato soltanto con una decisa politica di orientamento al cliente.

Veniamo ora alle culture che propongono dimensioni critiche nei confronti dell'SPDC. Il cluster 4 e il cluster 3.

Sono le due figure più rilevanti del servizio, infermieri e psichiatri, che contribuiscono significativamente a queste dimensioni critiche, sia pur in modo molto diverso. Gli psichiatri (cluster 3) propongono una posizione che possiamo definire di *anomia professionale*: ritengono di aver a che fare con una gerarchia, in particolare con la gerarchia amministrativa, incapace e fortemente orientata a distruggere il servizio. Sono insoddisfatti del loro lavoro per via di una profonda carenza nelle opportunità di carriera e di sviluppo professionale, per un'assenza di partecipazione alla definizione degli obiettivi, per la deteriorata immagine dell'SPDC.

La gerarchia non riconosce la funzione psichiatrica del servizio, propone un'intenzione di riduzione dei costi e del personale che, di fatto, condurrà alla negazione di ogni opportunità di sviluppo dell'SPDC, entro un destino riproduttivo destinato alla dissoluzione. Il servizio, identificato con la “vecchia” funzione di cura della gravità psichiatrica, sembra aver perso quei contatti con i gruppi di potere che avevano sostenuto il prestigio della psichiatria nel recente passato. Oggi il potere sanitario è passato nelle mani di chi vuol contenere i costi, colpendo soprattutto la marginalità sanitaria, della quale ormai fa parte la psichiatria. Nessuna speranza, quindi, e nessuna fiducia in un recupero della finzione psichiatrica volta alla cura della gravità. Questa cultura sembra espressione dell'isolamento dalle funzioni di reinserimento del malato; così come dell'isolamento dalle istanze che desiderano un ripristino della psichiatria, ma su altre basi rispetto al passato, al fine di proteggere famiglie e sistema sociale dal “peso” della malattia mentale. In questo isolamento, gli operatori di questa cultura si sentono le vittime senza protezione della violenza “amministrativa”, capace soltanto di guardare al bilancio e alla spesa, senza cogliere la dispendiosità insita nella cura psichiatrica. In questa cultura, sembra difficile cogliere qualche indicatore di sviluppo. Non è certamente sull'attenzione al cliente che si può puntare, per un'evoluzione della cultura stessa. L'unico elemento utile può essere il contatto proficuo tra esperienze diverse, nell'ambito della professione psichiatrica. Se il problema centrale è l'isolamento percepito per la propria professione, nei confronti della nuova psichiatria come delle istanze di cambiamento attuali del settore, lo scambio di esperienze tra psichiatri operanti nei diversi SPDC può mettere a contatto chi “soffre di anomia professionale” con chi sta cercando nuove e soddisfacenti strade di sviluppo della professione, entro gli SPDC.

Ben diversa è la posizione critica emersa nella cultura caratterizzata dalla presenza degli infermieri (cluster 4). Qui c'è una forte attesa di funzionalità e di sviluppo nei confronti del servizio. Si potrebbe dire che, in questa cultura, si rimprovera la gerarchia psichiatrica per quella sfiducia anomica che si è appena vista nel cluster 3. Si lamenta come la psichiatria abbia perso quel potere che aveva inciso fortemente sulla funzione professionale nel recente passato, culminato nella promulgazione della legge 180. Ci si chiede dove sia finita quell'iniziativa che aveva rappresentato per la cultura italiana un momento di dibattito intenso, di interesse e di coinvolgimento socio – politico non solo degli “addetti ai lavori” ma dell'intera dinamica sociale del paese. Si sente il peso di una sorta di conservatorismo di ritorno, ma si è consapevoli della rilevanza che la funzionalità degli SPDC può rivestire, per arrestare le istanze di reazione controriformista nei confronti della psichiatria fondata sul reinserimento del malato mentale entro il contesto d'appartenenza. E' possibile rilevare una sorta di dialogo a distanza tra il cluster degli infermieri che rimprovera

l'atteggiamento rinunciatario degli psichiatri e la cultura che caratterizza questi ultimi, effettivamente rinunciatari e succubi della gerarchia amministrativa della sanità. Qui le linee di sviluppo sono evidenti e percorribili: si tratta di rendere consapevoli gli infermieri della loro rilevante funzione e di facilitare l'assunzione di responsabilità, quindi di potere in questo gruppo professionale. Per far questo basterebbe già la lettura dei dati che stiamo analizzando: quello degli infermieri è il gruppo professionale più rilevante per la funzionalità del servizio, nella percezione di gran parte degli operatori partecipanti alla ricerca. La valorizzazione della funzione infermieristica può contribuire a una svolta nel funzionamento dell'SPDC e nello sviluppo della sua Cultura Locale.

4. Considerazioni conclusive

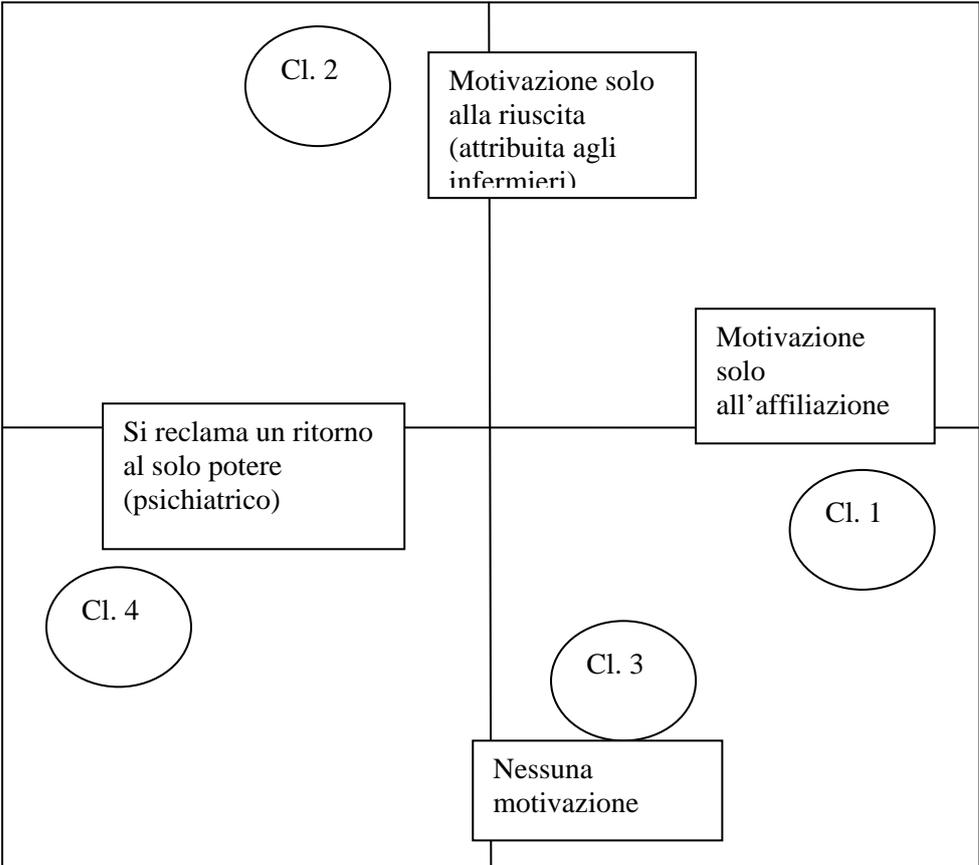
Due sono le leve per uno sviluppo degli SPDC laziali: l'evoluzione della gerarchia psichiatrica, l'attenzione al cliente.

La prima leva richiede un maggior contatto tra le differenti esperienze degli SPDC laziali, una comunicazione delle buone pratiche, una maggiore consapevolezza della competenza che la psichiatria può assumere per la soluzione delle crisi psichiatriche. Si tratta di aprire la competenza psichiatrica all'integrazione del proprio lavoro con altre figure professionali, valorizzando in particolare il contributo degli infermieri. La leadership psichiatrica va rifondata su nuove *mission* e nuovi obiettivi. In particolare per quegli psichiatri che, orfani della vecchia pratica negli Ospedali Psichiatrici, vivono una sorta di anomia professionale dovuta ai problemi incontrati nella professione; problemi posti dai nuovi servizi e dalla ancor più nuova cultura sociale, come anche dalle attese che famiglie e contesto pongono alla stessa psichiatria.

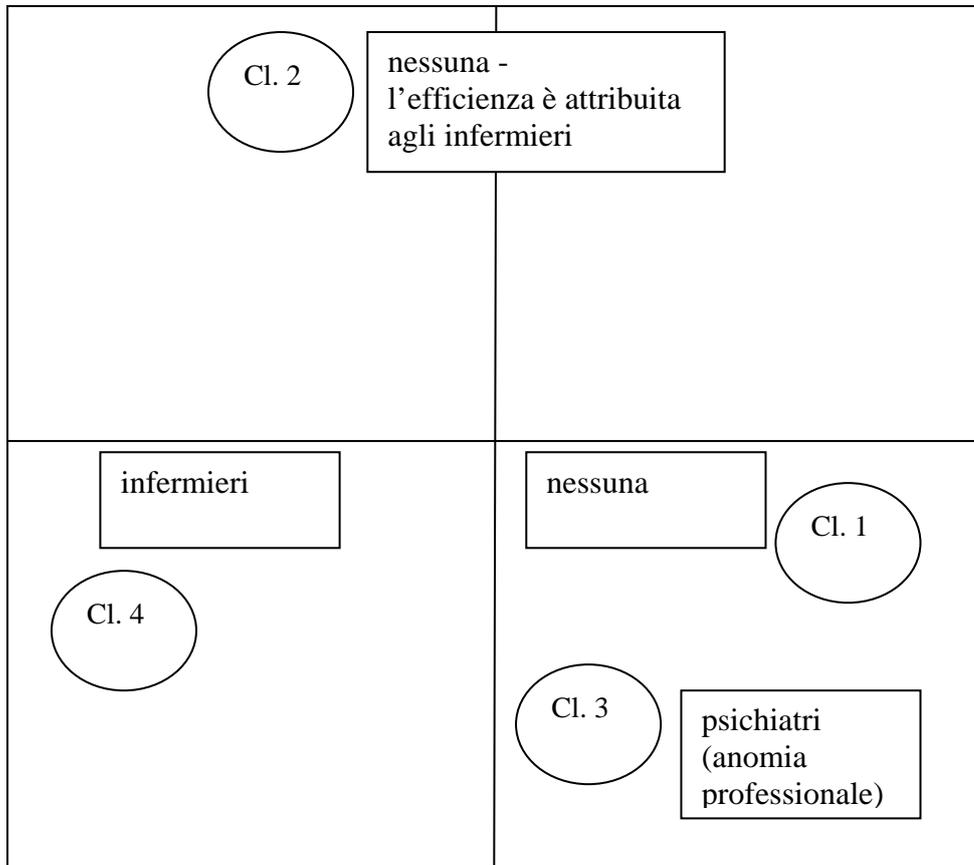
La seconda leva è strettamente connessa a quanto ora detto. Si tratta di un'attenzione alle attese del cliente, in particolare dei familiari dei pazienti in crisi, e del contesto entro il quale la crisi avviene. Questa attenzione al cliente comporta differenti azioni e competenze. Se da un lato è utile la trasformazione di un evento proprio della relazione sociale, quale è la crisi, in una malattia della singola persona, per poter provvedere alla cura farmacologica e psicoterapeutica; dall'altro è importante sviluppare le competenze che siano in grado di intervenire anche sulla dimensione relazionale della crisi, in particolare entro il gruppo familiare e del contesto abitativo. Questa attenzione al cliente richiede, è importante sottolinearlo, una stretta collaborazione e una profonda interazione con i servizi territoriali, segnatamente il CSM.

In termini motivazionali, questo comporta l'integrazione tra i tre ordini motivazionali (affiliazione, potere, riuscita) che sono apparsi profondamente scissi nei dati della ricerca. E' la motivazione alla riuscita che può ancorare le attese degli operatori, e il prestigio del servizio, alle attese del cliente. La realizzazione professionale, in assenza di profonde innovazioni tecnologiche, ha quale unico sbocco dell'azione psichiatrica e della sua verifica, quello di incrementare l'attenzione alle attese del cliente. E' in questo ambito che si può situare lo sviluppo della psichiatria attuale. Una attenzione al cliente che prenda il posto di quell'imposizione ideologica, volta all'inserimento sociale del malato mentale, propria della fase "basagliana" della recente psichiatria. Non si tratta di cambiare l'obiettivo, quanto il metodo della psichiatria, alla luce del profondo cambiamento culturale in atto anche nel nostro paese.

Le motivazioni prevalenti nella cultura



Le figure professionali associate alle culture



L'anomia nelle differenti culture locali:

