

Studio sulle culture professionali degli operatori della salute mentale in Italia

A study of mental health staff professional cultures

È sempre più evidente che la cultura professionale degli operatori psichiatrici sia determinante nei percorsi terapeutici degli utenti dei servizi della salute mentale, pertanto si è ritenuto necessario creare una scala adeguata a valutarne i diversi aspetti. Dopo la fase pilota svoltasi in Canada ed Italia, la versione definitiva del *Bicocca Mental Health Professional Culture Inventory (BMHPCI)*, inserita in un questionario più ampio, è stata somministrata a 213 operatori. I dati rilevati sono stati codificati ed analizzati: è stato effettuato un Test-Retest, un'analisi delle componenti principali (PCA), il calcolo dell'Alpha di Cronbach, la valutazione della validità convergente e divergente. Infine, tramite un'analisi multivariata della varianza (MANOVA), sono state messe in relazione le componenti estratte tramite l'analisi fattoriale con alcune variabili indipendenti, ottenendo risultati interessanti: le variabili esplicative, "genere", "fasce d'età", "professione" e "struttura" esercitano un effetto significativo sulle quattro componenti estratte, denominate "Ruolo riabilitativo", "Relazione aperta", "Pianificazione del lavoro" e "Insicurezza e minaccia al ruolo"

AMBRA BERETTI *

Parole Chiave: Cultura professionale – Operatori della Salute Mentale – Bicocca Mental Health Professional Culture Inventory

Introduzione

Se è vero che in tutto il mondo esistono procedure mediche relativamente diffuse e condivise, basate sull'osservazione dei sintomi per diagnosticare e trattare le patologie fisiche, è altrettanto vero che per i disturbi mentali la situazione è ben diversa. È necessario comprendere che la prima peculiarità riguarda proprio il carattere soggettivo, e che l'esperienza della malattia risulta essere profondamente personale e influenzata da molti fattori (Slade, 2009). Passando in rassegna i diversi servizi di salute mentale e i diversi modelli teorici di riferimento, emerge quindi in modo chiaro il bisogno di un nuovo approccio terapeutico. Questa esigenza vede il proprio compimento nel modello della recovery, inteso come "un processo profondamente e autenticamente personale di cambiamento dei propri valori, sentimenti, obiettivi, capacità e ruoli. È un modo di vivere la propria vita con soddisfazione, speranza e iniziativa, malgrado la sofferenza e le limitazioni causate dalla malattia. Implica il recupero non solo di una condizione di maggior benessere, ma piuttosto di un nuovo senso della propria esistenza, che possa essere fatto evolvere al di là degli effetti catastrofici della malattia mentale" (Anthony, 1993, p.527).

Gli operatori che esercitano la professione nell'ambito dei servizi della salute

mentale, fanno i conti ogni giorno proprio con questo tipo di situazione: loro compito è affiancare le persone con disturbi per aiutarle nel percorso terapeutico; ed è proprio da qui che emerge un altro aspetto peculiare, e cioè che a differenza degli altri ambiti sanitari, l'esito dei processi di cura/terapia/riabilitazione è fortemente influenzato da fattori psicologici, individuali o di gruppo, del personale curante (Thornicroft & Tansella, 1999). Uno di questi è la cultura professionale, che può essere definita come: «... un sistema di valori, conoscenze e schemi di comportamento, che viene condiviso tra i membri di quel particolare gruppo professionale e che orienta il comportamento individuale, in particolare in situazioni professionali inattese e mutevoli [...] Questi schemi cognitivi e comportamentali condivisi costituiscono la cultura professionale, ed orientano la costruzione di senso e il comportamento...» (Bloor & Dawson, 1994, p. 278).

Attualmente in letteratura mancano studi che affrontano direttamente questo tema, esistono infatti solo strumenti che si focalizzano o su uno specifico ruolo (ad esempio: infermieri o medici psichiatri) oppure su un particolare aspetto del costruito (ad esempio: il clima di gruppo o l'identità di ruolo); si è quindi deciso di condurre il seguente studio, con tre finalità:

- sviluppare un nuovo strumento in grado di esplorare globalmente le diverse culture professionali dei differenti operatori psichiatrici: il Bicocca Mental Health Professional Culture Inventory (BMHPCI);
- accogliere dati per poter effettuare un'analisi psicometrica, al fine di far emergere similarità e differenze nelle culture professionali degli operatori;
- verificare l'effettiva capacità del BMHPCI d'indagare l'oggetto di studio, ovvero validarlo. Tuttavia, affinché il BMHPCI possa essere considerato tale, i risultati ottenuti dovranno essere confrontati con quelli di altre rilevazioni (replicabilità), motivo per cui è bene precisare che questo studio è soltanto un tentativo preliminare d'indagare il fenomeno in questione.

Metodo

Procedura

Nel 2014 un team di ricerca italo-canadese costituito dal Dott. Filippo Rapisarda, il Prof. Massimo Miglioretti e il Prof. Alain Lasage, ha cominciato a sviluppare il BMHPCI partendo dalla definizione di cultura professionale proposta da Bloor e Dawson (1994). Una prima revisione della letteratura scientifica ha identificato 9 aree tematiche (coinvolgimento personale con gli utenti; collaborazione all'interno una rete sociale informale; collaborazione all'interno di una rete formale; pratiche basate su sintomi e valutazione dei risultati; coinvolgimento degli utenti nel processo decisionale; gestione dei comportamenti aggressivi; spiritualità e religione; sessualità degli utenti; apertura transculturale) e sulla base di queste è stato costruito il primo prototipo costituito da 71 items. In seguito è stata eseguita una fase pilota (condotta sia in Italia che in Canada) che ha coinvolto operatori del settore pubblico e privato. Il risultato finale è un questionario bilingue (italiano e francese) composto da 49 affermazioni, nel quale si chiede ai soggetti sperimentali di indicare per ciascun item il grado di frequenza per cui, secondo la propria esperienza professionale, si verificano determinate situazioni, utilizzando una scala Likert a punti che va da 0 (= mai) a 4 (= sempre).

Nel 2015, una nuova revisione della letteratura scientifica, ha fatto emergere 5 aree tematiche (coesione di gruppo; atteggiamento verso gli utenti; esposizione nei confronti dell'utenza; autonomia e riconoscimento professionale; oggetto di lavoro fra incertezza e relazione) che hanno costituito il contesto di riferimento per i soggetti sperimentali e le strutture in cui esercitano; inoltre, ciò ha fornito una cornice teorica che permettesse di affiancare al BMHPCI delle adeguate scale di controllo. Il questionario somministrato è stato dunque articolato in una prima sezione dedicata ai dati socio-demografici del soggetto, alle esperienze professionali e personali che lo caratterizzano e alle scelte organizzative della struttura a cui fa riferimento; la seconda parte invece, raggruppa tutte le scale di valutazione. I questionari anonimi sono stati compilati in maniera individuale e autonoma, e i dati sono stati elaborati in forma aggregata.

Strumenti di controllo

Per valutare fino a che punto si ritiene che i servizi offerti da una determinata struttura siano coerenti con pratiche orientate alla recovery, è stato utilizzato l'RSA

L'esito dei processi di cura/terapia/riabilitazione è fortemente influenzato da fattori psicologici, individuali o di gruppo, del personale curante. Uno di questi è la cultura professionale, che può essere definita come: «... un sistema di valori, conoscenze e schemi di comportamento, che viene condiviso tra i membri di quel particolare gruppo professionale e che orienta il comportamento individuale, in particolare in situazioni professionali inattese e mutevoli »

Il questionario somministrato è stato articolato in una prima sezione dedicata ai dati socio-demografici del soggetto, alle esperienze professionali e personali che lo caratterizzano e alle scelte organizzative della struttura a cui fa riferimento; la seconda parte invece, raggruppa tutte le scale di valutazione. I questionari anonimi sono stati compilati in maniera individuale e autonoma, e i dati sono stati elaborati in forma aggregata

- *Recovery Self- Assessment* (versione per operatori). Contiene trentasei (36) items valutabili secondo una scala Likert (1 = in completo disaccordo, 5 = completamente d'accordo), con possibilità di non rispondere. Indaga 5 dimensioni:

- Obiettivi di vita – misura la percezione di quanto gli operatori aiutino effettivamente lo sviluppo e il perseguimento degli obiettivi che l'utente si pone (come lavoro ed istruzione);
- Coinvolgimento – misura la percezione di quanto gli utenti vengano effettivamente coinvolti nel piano terapeutico, a livello di sviluppo ed erogazione di servizi;
- Varietà di opzioni – misura la percezione di quanto la struttura fornisca varietà di trattamenti terapeutici, ma anche di attività non strettamente legate alla salute mentale;
- Scelta – misura la percezione di quanto gli utenti abbiano accesso alla loro documentazione, e di quanto lo staff si astenga dall'utilizzare provvedimenti coercitivi;
- Interventi erogati su misura – misura la percezione di quanto gli interventi vengano personalizzati a seconda delle necessità, della cultura e degli interessi dell'utente.

Per valutare il clima, ovvero l'atmosfera del gruppo è stato utilizzato il TCI – Team Climate Inventory. Nella sua versione integrale comprende 44 items valutabili secondo una scala di frequenza a 5 punti, ma solo 19 sono stati effettivamente inseriti nel questionario. Nella versione ridotta, indaga 4 fattori:

- Sicurezza partecipativa – esprime le percezioni del team sulla sicurezza del contesto lavorativo (ovvero il potere decisionale e l'autonomia lavorativa);
- Supporto all'innovazione – analizza quanto tempo, risorse e pratiche vengono utilizzate per sviluppare e sostenere nuove idee;
- Visione di gruppo – cerca di ricavare informazioni sulla visione dei membri del team circa la chiarezza, l'attendibilità e i valori relativi agli obiettivi del gruppo;
- Orientamento al compito – analizza l'impegno dell'operatore a migliorare se stesso ed il proprio lavoro, puntando continuamente verso l'eccellenza.

Per la valutazione del burnout è stato utilizzato il MBI – Maslach Burnout Inventory, costituito da 22 items valutabili secondo una scala Likert a 6 punti (0 = mai, 6 = ogni giorno). Indaga 3 dimensioni:

- Esaurimento Emotivo – cioè una condizione cronica di tensione, affaticamento e astenia;
- Depersonalizzazione – misura una risposta fredda e impersonale nei confronti degli utenti;
- Realizzazione Personale – valuta la condizione relativa alla propria competenza e al proprio desiderio di successo.

Campione

Il campione è costituito da 213 operatori psichiatrici del settore pubblico (77%) e privato (23%), provenienti da 21 strutture (45.5% ambulatorio – 20.6%, reparto ospedaliero – 8.5%, strutture residenziali – 7.5%, centri diurni), distribuite fra le province di Milano, Monza-Brianza, Lecco, Torino, Forlì-Cesena, Modena e Varese. La maggioranza dei partecipanti è di genere femminile (7 su 10), quasi tutti sono di nazionalità italiana (n=209) e hanno un orientamento eterosessuale (n=202). L'età media è di 46 anni, con una DS di 10.10. Per quanto riguarda l'ambito della religione e della spiritualità, solo il 18.8% si definisce un credente praticante, il 58.2% vive la spiritualità in maniera più personale (credente non praticante o spirituale), mentre il 16.9% si definisce ateo. Il 3.8% ha preferito non rispondere.

Il 70% dei partecipanti ha conseguito almeno un diploma di laurea (il 28.6% ha conseguito titoli di livello inferiore: media superiore o inferiore, corso professionale) e le professioni più svolte sono l'infermiere, l'educatore e il medico psichiatra (Tot=70.5%), seguite in ordine da ausiliario (ASA, OSS, OSA...), psicologo psicoterapeuta ed assistente sociale (Tot=20.2%). Il restante 9.3% è composto da tecnici della riabilitazione psichiatrica, medici non psichiatri e psicologi non psicoterapeuti.

Dai dati raccolti risulta che il 45.5% del campione si è sottoposto in passato a sedute di analisi con finalità prevalentemente didattiche / formative (almeno 10 colloqui consecutivi), mentre solo il 22% ha effettivamente ricevuto un supporto psicologico o farmacologico con finalità clinico / terapeutiche (almeno 3 contatti).

L'anzianità di servizio nell'ambito della salute mentale in generale, è compresa fra pochi mesi e 36 anni (M=15.8; DS=9.4); mentre quella nella medesima struttura, è compresa fra pochi mesi e 30 anni (M=8.8; DS=7.1). Quasi la totalità del campione (n=207) attualmente lavora a contatto diretto con adulti affetti da problemi di salute mentale (utenza principale: 77%, disturbi dello spettro schizofrenico o psicosi - 54.5%, disturbi dell'umore - 52.6%, disturbi di personalità) e le ore di lavoro settimanale sono in media 33.1 (DS=8.9), organizzate per lo più secondo uno schema fisso (59.2%) o su turni variabili (23.9%), difficilmente in modo flessibile (11.7%). Nel 58.7% dei casi la supervisione è inesistente, mentre nel 35.6% viene svolta in gruppo. Il 98.9% dei partecipanti opera in strutture a bassa (< 100 utenti / settimana) o media (101<x<500 utenti / settimana) affluenza.

Risultati

In primo luogo, sono state effettuate delle analisi descrittive sugli item del BMHPCI e si è stabilito di escludere tutti quegli item con asimmetria e/o curtosi ≥ 2 , oppure con missing $\geq 10\%$; inoltre è stato condotto un Test-Retest su 23 soggetti (11% di N) con lo scopo di verificare la stabilità nel tempo dei risultati ottenuti, utilizzando gli indici "r di Pearson" e "k di Cohen" e stabilendo come parametro di inclusione il valore di |0.3| su almeno uno dei due. In seguito è stata condotta un'analisi delle componenti principali (PCA) sui 44 items rimasti, utilizzando tre metodologie per stabilire il numero delle dimensioni da estrarre: Mineigen > 1, Scree-test e Analisi Parallela. È stata condotta sia una rotazione obliqua (Oblimin) che una rotazione ortogonale (Varimax) ed in seguito, si è testata la consistenza interna calcolando l'Alpha di Cronbach dei 4 fattori estratti, denominati:

- Ruolo riabilitativo (R.R)(= 0.77) – riguarda quegli operatori psichiatrici che mettono in pratica un vero processo di recovery, dove non si punta semplicemente a far scomparire i sintomi di un disturbo ma si mira a riabilitare ogni aspetto della vita dell'utente;
- Relazione aperta (R.A)(= 0.73) – riguarda la relazione instaurata con l'utente, la quale è caratterizzata da lealtà, onestà e disponibilità reciproca. Si tratta dunque di una connessione unica, in cui non si teme di affrontare argomenti spinosi come la sessualità e la religione;
- Pianificazione del lavoro (P.L)(= 0.69) – riguarda un aspetto pragmatico della relazione, ovvero la progettazione più o meno dettagliata dei vari aspetti del rapporto con l'utente. Richiede la partecipazione attiva del soggetto ed un'attenta organizzazione del professionista;
- Insicurezza e minaccia al ruolo (I.M.R)(= 0.62) – riguarda quegli operatori che vivono il loro ruolo in modo contrastato, caratterizzato da paura, insofferenza e da una forte mancanza di fiducia sia nelle proprie capacità professionali e relazionali, sia nei confronti di utenti e colleghi. Questa dimensione (negativa) mette in luce la vulnerabilità di alcuni operatori.

In secondo luogo, grazie al calcolo dei punteggi fattoriali, si sono potute analizzare le relazioni fra gruppi di variabili, utilizzando l'analisi multivariata della varianza (MANOVA), ma solo alcune variabili indipendenti esercitano un effetto significativo sulle componenti estratte. Dai post-hoc è emerso che:

- "Genere" esercita un effetto sulla "P.L" (F (1, 188) = 6.422; p = 0.012);
- "Professione" esercita un effetto su: "R.R" (F (6, 188) = 16.030; p < 0.001), "R.A" (F (6, 188) = 9.169; p < 0.001), "P.L" (F (6, 188) = 3.916; p < 0.001);
- "Struttura" esercita un effetto su: "R.R" (F (4, 188) = 3.362; p = 0.011), "R.A" (F (4, 188) = 10.780; p < 0.001), "P.L" (F (4, 188) = 2.491; p = 0.045); "I.M.R" (F (4, 188) = 4.298; p = 0.002);
- "Fasce d'età" (ricodificata dalla variabile continua "età") esercita un effetto su: "R.R" (F (4, 198) = 1.913; p = 0.017).

Infine, è stato effettuato un confronto fra scale per verificare la validità di costrutto dell'intero questionario, calcolando la validità convergente e divergente fra il BMHPCI, l'RSA, il TCI e MBI.

Conclusioni

I risultati della ricerca, limitatamente al campione considerato e allo spirito preliminare di questo studio, consentono alcune riflessioni:

- Il BMHPCI si è dimostrato uno strumento solido ed affidabile, con una buona consistenza interna ed un'eccellente validità di costrutto; inoltre, analizzate

Il BMHPCI si è dimostrato uno strumento solido e affidabile, con una buona consistenza interna ed un'eccellente validità di costrutto; inoltre, analizzate le correlazioni fra le sue 4 dimensioni, le 3 del MBI ed i punteggi totali delle scale RSA e TCI, è emerso che, ovviamente, le diverse scale analizzano costrutti differenti, ma esistono delle correlazioni che indicano affinità metodologiche o affinità relative ai costrutti indagati

le correlazioni fra le sue 4 dimensioni, le 3 del MBI ed i punteggi totali delle scale RSA e TCI, è emerso che, ovviamente le diverse scale analizzano costrutti differenti, ma che comunque esistono delle correlazioni che indicano delle affinità metodologiche, come la decisione di indagare un aspetto individuale piuttosto che una dinamica di gruppo; o affinità relative ai costrutti indagati: diverse sotto-dimensioni (anche di diverse scale) possono indagare aspetti differenti di un solo costrutto, e viceversa, diversi costrutti possono essere così sfaccettati da avere delle similarità in comune, cosicché un'unica sotto-dimensione è in grado di studiarli entrambi;

- Tramite l'analisi multivariata della varianza (MANOVA) sono state individuate delle relazioni significative ed identificate delle similarità fra gruppi di operatori:
 - Genere: le donne tendono a pianificare il lavoro (P.L) più dei colleghi uomini;
 - Professione: un maggior riconoscimento delle proprie capacità ed una maggiore autonomia professionale, unita ad una personale percezione di potere decisionale, permette di sviluppare le dimensioni: "R.R", "R.A" e "P.L";
 - Struttura: è più comune trovare personale con uno spiccato "R.R" negli ambulatori piuttosto che nelle strutture residenziali, ma lo è anche trovarvi operatori con una forte componente di "I.M.R"; similmente si possono reperire con maggiore facilità membri dello staff con notevoli doti relazionali (R.A) e di pianificazione (P.L), in strutture di residenzialità leggera piuttosto che in ambito ospedaliero;
 - Fasce d'età: operatori con una maggiore esperienza sono portatori di una cultura professionale più matura, in cui la componente "R.R" è stata affinata.

Infine, è bene sottolineare che questo studio, per quanto promettente, è pur sempre un primo tentativo di indagine e data la sua natura preliminare, ovviamente presenta dei limiti di cui future ricerche dovrebbero tenere conto: cross-culturali legati alla comparabilità di alcune figure professionali, e limiti di ampiezza del campione, oltre che metodologici collegati all'impossibilità di svolgere una vera analisi di costrutto, in quanto nella letteratura precedente mancano strumenti paragonabili al BMHPCI. Attualmente nuovi studi sono già in corso.

* Dott.ssa Magistrale in Psicologia dei Processi Sociali, Decisionali e dei Comportamenti Economici. Laureata presso l'Università degli Studi di Milano – Bicocca. Progetto di ricerca Prof. Massimo Miglioretti [massimo.miglioretti@unimib.it], Dott. Filippo Rapisarda [filippo.rapisarda@unimib.it].

BIBLIOGRAFIA

- ANTHONY, W. A. (1993) Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11-23.
- BLOOR, G., & DAWSON, P. (1994). Understanding Professional Culture in Organizational Context. *Organization Studies* (Walter De Gruyter GmbH & Co. KG.), 15(2), 275.
- SLADE, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness. A Guide for Mental Health Professionals*. (1°ed) Cambridge: University Press, Cambridge.
- THORNICROFT, G., TANSELLA, M. (1999), *The Mental health matrix: a pragmatic guide service improvement*. Cambridge University Press, Cambridge.

Abstract

It is becoming increasingly clear that the professional culture of the mental health staff is crucial for users' therapeutical pathways, therefore it was considered necessary to create an adequate scale to evaluate the different aspects. After the pilot study which was carried out in Canada and in Italy, the final version of the Bicocca Mental Health Professional Culture Inventory (BMHPCI), embedded in a broader questionnaire has been administered to 213 professionals. The data have been coded and analyzed: a test-retest has been carried out, as a principal component analysis (PCA), the calculation of the Cronbach's Alpha, the assessment of the convergent and divergent validity. Finally, through a multivariate analysis of the variance (MANOVA), the extracted components have been brought in relation through factor analysis with some independent variables, obtaining interesting results: the explanatory variables, "sex", "age", "profession" and "setting", have a significant effect on the four extracted components, called "rehabilitation role", "open relationship", "planning" and "insecurity and threat to the role".

Keywords: Professional culture – Mental Health workers – Bicocca Mental Health Professional Culture Inventory