

Salute mentale e disabilità in età evolutiva: modelli di intervento e rapporto servizio/utenti in due centri di alta specializzazione di Belgrado. Studio pilota

Di Fiorella Fantini*, Nadežda Krsti**, Viviana Langher*, Maria Elisabetta Ricci***, Nenad Rudi****

Introduzione

Questo studio è il primo risultato di una collaborazione scientifica tra la Facoltà di Psicologia¹ dell'Università "La Sapienza" di Roma e la Facoltà di Special Education and Rehabilitation dell'Università di Belgrado. L'accordo tra le due istituzioni prevede attività di ricerca finalizzate ad uno studio comparativo dei modelli di intervento sulla disabilità e sui disturbi mentali in età evolutiva. A tal fine è stato coinvolto l'*Institut za Mentalno Zdravlje* (IMZ, Istituto di Salute Mentale) di Belgrado, dove è stata condotta la gran parte dello studio pilota di cui si riferisce in questo scritto. Nello studio che presentiamo è stato coinvolto anche l'*Institut za Eksperimentalnu Fonetiku i Patologiju Govora* (IEFPG, Istituto di Fonetica Sperimentale e Patologia del Linguaggio), al cui contributo dobbiamo parte del reperimento del campione dell'indagine.

La Serbia dispone di un servizio socio-sanitario pubblico, presso il quale i cittadini hanno diritto a prestazioni gratuite. Esso è organizzato su tre livelli: servizi di base, ospedali e centri di alta specializzazione. I due istituti coinvolti nel nostro studio sono centri di alta specializzazione.

L'Istituto di salute mentale (IMZ) è un polo sanitario pubblico di riferimento sull'intero territorio nazionale; ad esso si rivolgono anche cittadini che provengono da fuori Belgrado. La struttura offre servizi ad adulti e a soggetti in età evolutiva, in dipartimenti differenziati.

L'Istituto di Fonetica Sperimentale e Patologia del Linguaggio (IEFPG) è una struttura convenzionata con il servizio sanitario nazionale, e offre servizi gratuiti per disabilità del linguaggio e dell'udito.

In entrambi gli istituti il personale è altamente qualificato, selezionato sulla base del *curriculum* di studi.

La nostra indagine, che è di carattere esploratorio nella sostanza e nella metodologia di raccolta dei dati, è stata condotta attraverso tre fasi: inserimento/osservazione sul campo, interviste con figure chiave, costruzione e somministrazione di questionari. La realizzazione pratica della ricerca è stata condotta da uno degli autori, che ha trascorso un periodo di tre mesi ospite dell'IMZ grazie ad una borsa di studio dell'Università "La Sapienza".

Il fine della prima fase di inserimento/osservazione, durata circa tre settimane, è stato quello di raccogliere informazioni circa il modo di operare dell'istituto, da utilizzare nella seconda e nella terza fase, rispettivamente di conduzione di interviste con figure chiave, e di elaborazione e somministrazione del questionario.

Sono state quindi condotte cinque interviste: tre di esse hanno coinvolto il personale (uno psicologo, uno psichiatra ed uno *special educator*), le altre due, le madri di due pazienti. Abbiamo deciso di intervistare le madri dei pazienti, piuttosto che gli stessi pazienti, perché questi ultimi hanno fino a 12 anni di età, il che li rendeva non del tutto appropriati per il tipo di indagine che si è voluto condurre. Si tratta infatti di soggetti che non hanno la responsabilità della scelta del trattamento, non sono committenti del trattamento; naturalmente sono in condizioni di segnalare un disagio, ma in ogni caso sono i loro genitori a chiedere l'intervento (su propria iniziativa, su suggerimento della scuola o del pediatra, raramente su richiesta del figlio), sono sempre i genitori a sostenere il trattamento e a, eventualmente, scegliere di interromperlo. Riteniamo che intervistare i giovani utenti di questo servizio possa avere un alto valore conoscitivo, ad esempio per sapere quanto loro sentano i benefici del trattamento o ne lamentino i costi in termini di impegno di tempo ed

* Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università «La Sapienza»

** Faculty of Special Education, Università di Belgrado

*** NEST - ricerca e intervento psicosociale

**** Institut za Mentalno Zdravlje, Belgrado

impegno emotivo; tuttavia queste informazioni esulavano dal fine principale di questa nostra prima indagine, ciò che ci ha convinti della necessità di focalizzarci, in questo studio, sul rapporto tra gli erogatori di un servizio e gli utenti che decidono di usufruirne, cioè i genitori. Il motivo per cui sono state intervistate due madri e non, ad esempio, un padre ed una madre, risiede nel fatto che durante la prima fase di osservazione sul campo la presenza delle madri presso l'istituto è stata significativamente più alta che non la presenza dei padri (un rapporto di 10/1). Durante la successiva somministrazione del questionario, tuttavia, abbiamo cercato di raggiungere anche un certo numero di padri (19 dei quali hanno di fatto partecipato).

Le interviste, semistrutturate, sono state realizzate per esplorare alcuni aspetti già decisi al momento stesso di intraprendere la ricerca, principalmente riguardanti: il modello di intervento proposto dai due istituti e la presenza o meno di una fase di analisi della domanda (cfr Carli, 1987); i tipi di trattamento più utilizzati e le caratteristiche dell'utenza e delle famiglie; le modalità di invio dei pazienti presso i servizi; il processo diagnostico; i criteri in base ai quali viene stabilito il tipo di intervento; il tipo di informazioni che vengono fornite dal servizio; il tipo di domande che a questo vengono rivolte.

Il modello di intervento dei due istituti

Dalle interviste e dall'osservazione sul campo sono emersi alcuni dati:

l'utenza relativa all'età evolutiva, di cui ci siamo interessati in questo studio, si rivolge all'Istituto di Salute Mentale (IMZ) per problemi di varia natura, che, secondo criteri stabiliti dall'istituto stesso, vanno da lievi disturbi dell'apprendimento a disordini pervasivi dello sviluppo, e per questo motivo l'istituto è suddiviso in reparti in base alla gravità e al tipo di disturbo. Sono previste attività ambulatoriali, attività da svolgere in day hospital, così come il ricovero per le situazioni considerate più gravi, ma anche per agevolare gli utenti che arrivano da fuori Belgrado. Vi lavorano psichiatri, psicologi, *special educator*, infermieri.

Il modello di intervento clinico è fondato su una prospettiva medica, che riconduce il problema dell'utente ad un quadro patologico e psicopatologico tradizionale e individuale (utilizzando strumenti quali il DSM, test neuropsicologici, di livello, cognitivi ecc.). La lettura del sintomo, dunque, non è particolarmente focalizzata su una concezione che ponga il significato di quest'ultimo al centro di una serie di interazioni tra il paziente, la sua famiglia e il contesto di appartenenza. Di conseguenza non vi è una fase di analisi della domanda di intervento, né di costruzione comune del progetto insieme all'utente (esplicitazione dei criteri di efficacia e definizione comune degli obiettivi dell'intervento tra professionisti e utenti); il trattamento segue i criteri tradizionali della psicopatologia/riabilitazione individuale, e può essere di tipo farmacologico e/o consistere in attività di riabilitazione individuale (psicomotoria, cognitiva), attività espressive di gruppo, psicoterapia. Gli psichiatri hanno la responsabilità ultima del trattamento, e naturalmente di quello farmacologico. Gli *special educator* si occupano di specifici aspetti riguardanti l'ambito della riabilitazione. Gli psicologi svolgono compiti di diagnosi e sono persone di contatto per le famiglie, con le quali svolgono azioni di sostegno e di indirizzamento nella fase di intervento, laddove si ritenga che la famiglia debba essere consigliata di seguire alcuni comportamenti ritenuti utili per il miglioramento del paziente. La diagnosi da parte dello psicologo consiste in colloqui individuali e con la famiglia, e in somministrazione di test.

Nell'Istituto di Fonetica Sperimentale e Patologia del Linguaggio (IEFPG) lavorano soprattutto *special educator*, e alcuni psicologi. Lo psicologo ha una funzione di sostegno delle famiglie, e di diagnosi differenziale che ha lo scopo di accertare che i pazienti non soffrano di disturbi ritenuti (anche o per lo più) di pertinenza psichiatrica, nel qual caso vengono eventualmente indirizzati ad altri istituti tra cui l'IMZ. Questi problemi, circa i quali si ritiene che la componente psicopatologica sia prevalente, non vengono dunque presi in carico dall'IEFPG; i problemi relativi alla disabilità del linguaggio e uditiva, che sono quelli che l'IEFPG tratta, non vengono concepiti e affrontati anche da una prospettiva psicologica, se non per ciò che riguarda il sostegno alla famiglia. Del rapporto con la scuola se ne occupano gli *special educator*, che partono però da un modello individuale riabilitativo.

La concezione della disabilità da parte della struttura è dunque di tipo individuale-funzionale, non biopsicosociale; l'intervento è di tipo riabilitativo.

Definizione delle dimensioni indagate dal questionario

Questa prima fase ci ha consentito di individuare alcune dimensioni da esplorare attraverso due questionari, uno rivolto ai professionisti dei due istituti, l'altro rivolto ai genitori di pazienti; lo scopo è stato quello di comprendere in che modo una tale impostazione clinica potesse riflettersi sul grado di accordo tra i due attori della relazione, professionisti e genitori, circa una serie di aspetti relativi al processo di intervento.

I due questionari sono analoghi e comparabili, sebbene adattati alle specificità di ciascun gruppo, professionisti e genitori.

1. Atteggiamento dei due gruppi (professionisti e genitori) verso quattro criteri di definizione dell'efficacia degli interventi.
2. Atteggiamento verso le cure psicofarmacologiche, da parte dei genitori e da parte dei professionisti.
3. Aspettative sugli esiti degli interventi, da parte dei genitori e da parte dei professionisti.
4. Valutazione degli esiti degli interventi, da parte dei genitori e da parte dei professionisti.
5. Soddisfazione e accordo reciproci nella relazione di collaborazione/sostegno tra professionisti e genitori.

La *dimensione 1* analizza l'atteggiamento dei due gruppi, genitori e professionisti, verso quattro criteri di efficacia dell'intervento: diminuzione dei sintomi, aumento della competenza sociale del paziente, aumento del benessere individuale del paziente, aumento del benessere dei familiari. Eravamo interessati a conoscere se, in presenza di un modello di intervento fortemente prescrittivo, che non prevede una fase di definizione comune ed esplicita degli obiettivi insieme alla famiglia, vi fosse o meno accordo sui criteri di efficacia dell'intervento.

La *dimensione 2* analizza l'atteggiamento di professionisti e genitori verso le terapie psicofarmacologiche; tale atteggiamento poteva essere tanto più positivo quanto più l'attenzione di entrambi fosse focalizzata sul controllo del sintomo e dei suoi effetti relazionali.

Le *dimensioni 3 e 4* analizzano rispettivamente le aspettative sugli esiti degli interventi e la valutazione degli esiti degli interventi; sono misurate da item che richiedono al soggetto di esprimere la propria opinione in termini di: a) se genitore, aspettative che aveva all'inizio del trattamento del proprio figlio e di valutazione degli esiti di tale trattamento al momento della somministrazione del questionario; b) se professionista, aspettative generali che ha all'inizio del trattamento dei pazienti e di valutazione generale degli esiti dei trattamenti stessi. Ai soggetti viene richiesto di esprimersi su: diminuzione dei sintomi, aumento della competenza sociale del paziente, aumento del benessere personale del paziente, aumento del benessere dei familiari. Anche in questo caso volevamo comprendere quale fosse l'accordo tra professionisti e genitori in assenza di una fase di definizione comune ed esplicita degli obiettivi, in particolare se i due gruppi fossero simili o meno circa il grado di aspettative iniziali e di valutazione degli esiti, e se le aspettative iniziali nei due gruppi venissero soddisfatte o meno.

La *dimensione 5* analizza quanto i due gruppi, nel descrivere il rapporto con la controparte (genitori verso professionisti e servizio; professionisti verso genitori), esprimano soddisfazione e accordo. Ai genitori viene richiesto di esprimersi su quanto i professionisti si prendano cura dei propri bisogni di accudimento e su quanto siano disponibili al rapporto; ai professionisti viene richiesto di esprimersi sulla collaborazione e il consenso da parte dei genitori circa l'intervento proposto, nonché quanto ritengano che i genitori percepiscano i professionisti stessi come accessibili e supportivi.

I termini “soddisfazione” ed “accordo” non definiscono necessariamente un rapporto utile quanto piuttosto un rapporto senza frizioni, nel quale una controparte corrisponde, nel ruolo agito nella relazione utenti/servizio, alle aspettative dell'altra. Questa dimensione non valuta la reale efficienza del rapporto tra componenti del servizio ed utenza in termini di partecipazione differenziata ma reciproca alla progettazione ed alla realizzazione dell'intervento; quanto piuttosto la percezione dei due gruppi di avere avuto un rapporto armonioso e concorde.

La connotazione di questa dimensione deriva dalla fase di osservazione preliminare, a seguito della quale ci è sembrato plausibile definire il rapporto servizio/utenti in termini di rapporto finalizzato alla costruzione di un accordo nella quale il tecnico è responsabile della valutazione focalizzata sul paziente e della strategia di intervento, ed il genitore è in attesa di tale valutazione e soddisfatto dalla accuratezza della stessa valutazione.

Negoziante dell'intervento

L'analisi osservativa ci aveva già condotti a concludere che nei due istituti non è prevista l'analisi della domanda come prassi fondante l'intervento, né una fase di costruzione comune degli obiettivi degli interventi. Abbiamo incluso nel questionario dei professionisti delle domande di controllo su questi aspetti, e cioè se, in caso di disaccordo, vi fosse la disponibilità da parte dei professionisti a ritenere utile un cambiamento delle strategie di intervento sulla base delle esigenze e delle opinioni dei genitori. Abbiamo inoltre chiesto ai genitori alcune domande riguardanti l'accordo circa la diagnosi effettuata dal servizio e la proposta di intervento.

Descrizione dei questionari

Il questionario rivolto ai professionisti è composto di 50 item, in cui gruppi di item sono stati formulati per esplorare le dimensioni sopra elencate; essi sono espressi con proposizioni sia positive sia negative, a cui i soggetti dovevano rispondere utilizzando una scala Lickert a 5 punti, che prevedeva da un massimo accordo a nessun accordo su ciascuna delle affermazioni contenute nel questionario. Agli infermieri è stata somministrata una forma ridotta che non prevedeva domande riguardanti scelte diagnostiche e strategie di trattamento (tranne che per l'uso degli psicofarmaci, argomento su cui è stata chiesta la loro opinione).

Poiché, come detto, alcuni item erano formulati in proposizioni con connotazione positiva rispetto alla dimensione (ad es., dimensione 2, “La somministrazione degli psicofarmaci è indispensabile per realizzare qualunque trattamento con pazienti con disturbi psichici”), ed altri in proposizioni con connotazione negativa (ad es., “Gli psicofarmaci inibiscono la libera espressione dei pazienti”) tutti i questionari sono stati codificati rovesciando i punteggi degli item negativi, per renderli coerenti con le polarizzazioni positive delle dimensioni sopraelencate in modo da rendere possibile l'analisi statistica. Ad esempio, se all'item “Gli psicofarmaci inibiscono la libera espressione dei pazienti” un soggetto ha attribuito un punteggio di 2, a tale item, in fase di codifica dei dati, è stato attribuito il punteggio di 4.

I genitori coinvolti nell'indagine appartengono a tre categorie di utenti: genitori di pazienti che erano in trattamento al momento dell'indagine (Genitori T); genitori il cui figlio è stato in trattamento presso la struttura, e al momento dell'indagine erano presenti per un *follow-up* (Genitori F-u); genitori il cui figlio era, al momento dell'indagine, in valutazione presso la struttura, in attesa che venisse presa una decisione di trattamento (Genitori V). Naturalmente, per alcune dimensioni, i Genitori V non sono codificabili e dunque i questionari a loro rivolti non le prevedevano.

Il questionario per i genitori è composto di 52 item, per i Genitori T e F-u, e di 45 item per i Genitori V, su scala Lickert a 5 punti, espressi anche essi con proposizioni sia positive sia negative. Si tratta di *item* identici o comparabili agli *item* del questionario per i professionisti, e le dimensioni esplorate sono le stesse. Per alcune di queste dimensioni è stato impiegato un numero diverso di *item* rispetto alla versione proposta per i professionisti.

Soggetti

Trentasei professionisti hanno aderito volontariamente allo studio e costituiscono il 90% dei professionisti di fatto impiegati nelle due strutture nell'ambito dell'intervento sull'età evolutiva (tabella 1):

struttura	Psicologi	Psichiatri	Special educator	Infermieri	tot
IMZ	4	4	8	8	24
IEFPG	0	0	12	0	12
Tot	4	4	20	8	36

La composizione del gruppo dei professionisti riportata in tabella 1 rispecchia la proporzione dell'organigramma delle due strutture coinvolte, per quanto attiene i quadri impiegati nella funzione di cura (sono pertanto stati esclusi a priori dall'indagine i quadri amministrativi e altro personale impiegato presso le strutture con mansioni diverse). Tutti i professionisti del ruolo sanitario, presenti nelle due strutture al momento dell'indagine, sono stati contattati per riempire il questionario.

I genitori a cui è stato somministrato il questionario sono ottantadue e sono distribuiti come segue (tabella 2):

Struttura	Trattamento			Follow Up			Valutazione			Tot		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	tot
IMZ	3	28	31	3	4	7	7	18	25	13	50	63
IEFPG	6	13	19	0	0	0	0	0	0	6	13	19
Tot	9	41	50	3	4	7	7	18	25	19	63	82

La somministrazione dei questionari ai genitori è avvenuta nell'arco di venti giorni complessivi per le due strutture. Tutti i genitori afferenti in quelle specifiche giornate hanno ricevuto il questionario con la richiesta di riconsegnarlo interamente completato entro sette giorni dalla data di ricevimento del questionario stesso. Ottantadue genitori costituiscono l'82 % del totale di 100 questionari distribuiti.

I problemi che i genitori riportano come motivanti la richiesta di assistenza per i propri figli ai due centri riguardano principalmente: ansia, comportamento aggressivo, disturbi somatici quali enuresi e cefalea, difficoltà di attenzione e concentrazione, problemi di linguaggio e di udito, tic.

Settanta genitori hanno fornito l'informazione riguardante gli inviati (tabella 3):

Amici, conoscenti, parenti	23 (33%)
Autonomamente	12 (17%)
Medico di base o specialistico	9 (13%)
Scuola	8 (11%)
Servizi sociali e sanitari	8 (11%)
Logopedista	6 (9%)
Psicologi	4 (6%)
	Tot 70 (100%)

Risultati

Le dimensioni esplorate dai due differenti questionari relativi ai due gruppi, pur essendo concettualmente identiche (o confrontabili), sono, in alcuni casi, composte da un numero differente di *item*. Evidentemente, i punteggi grezzi ottenuti per ciascuna dimensione, derivanti dalle somme dei punteggi attribuiti ai singoli item, non si collocano nel medesimo *range* per i due campioni in questione.

Sono stati dunque presi due accorgimenti, uno relativo alla leggibilità dei dati nelle tabelle seguenti; l'altro relativo alla analisi dei dati.

Per quanto riguarda la leggibilità dei dati nelle tabelle, abbiamo usato il valore medio per item per dimensione (il totale di ciascuna dimensione è diviso per il numero di item che la compone). Per quanto riguarda l'analizzabilità dei dati, sono stati utilizzati i punteggi sotto forma di proporzione, ciascuna relativa al margine massimo del range, corretti secondo la formula $2\sqrt{\arcsen x}$ (cfr Ercolani, Areni, & Mannetti, 1990 per l'analisi della varianza con punteggi sotto forma di proporzione).

Confronto tra i soggetti provenienti dai due Istituti.

Un altro passo preliminare alla analisi dei dati è stato quello di confrontare i gruppi di genitori e di professionisti provenienti dall'IMZ con quelli provenienti dall'IEFPG, per controllare se le risposte di questi due gruppi fossero significativamente diverse. Abbiamo condotto due analisi della varianza, una per ciascun gruppo (genitori e professionisti), con un fattore indipendente (istituto di provenienza) e uno ripetuto (le dimensioni del questionario). I risultati mostrano che l'istituto di provenienza non ha effetto sulle risposte sia dei genitori ($F = 1.04$, $p = .40$) che dei professionisti ($F = 2.15$, $p = .061$).

D'ora in avanti, dunque, la variabile "Istituto di provenienza" non verrà considerata nelle analisi.

Controllo della variabile "genere"

Pur non avendo ipotizzato un effetto della variabile "genere" sulle dimensioni del questionario, tuttavia abbiamo deciso di controllare, sul solo gruppo dei genitori, se esistessero stili di risposta differenti a seconda che si trattasse delle madri o dei padri dei soggetti in terapia presso i centri analizzati.

I risultati della analisi della varianza mostrano che il genere non ha effetto sulle dimensioni ($F = .1234$, $p < .29$)

La variabile "genere" non verrà dunque considerata nelle analisi.

Controllo della variabile "tipo di professione"

Non è stato possibile controllare tale variabile considerato l'esiguo numero per categoria che sarebbe risultato da una suddivisione per gruppi di professioni.

Dimensione 1 - Criteri di efficacia dell'intervento

L'analisi effettuata riguarda: a) il grado di accordo tra genitori e professionisti sui quattro criteri di efficacia; b) la differenza, nelle preferenze dei soggetti, tra i quattro criteri di efficacia.

I risultati mostrano (tabella 4) che i due gruppi non si differenziano significativamente nell'atteggiamento verso i quattro criteri di efficacia proposti ($F = 0,122$ $p = .73$), mentre vi è una differenza significativa per il solo fattore "criteri" ($F = 20,9$ $p < .0001$).

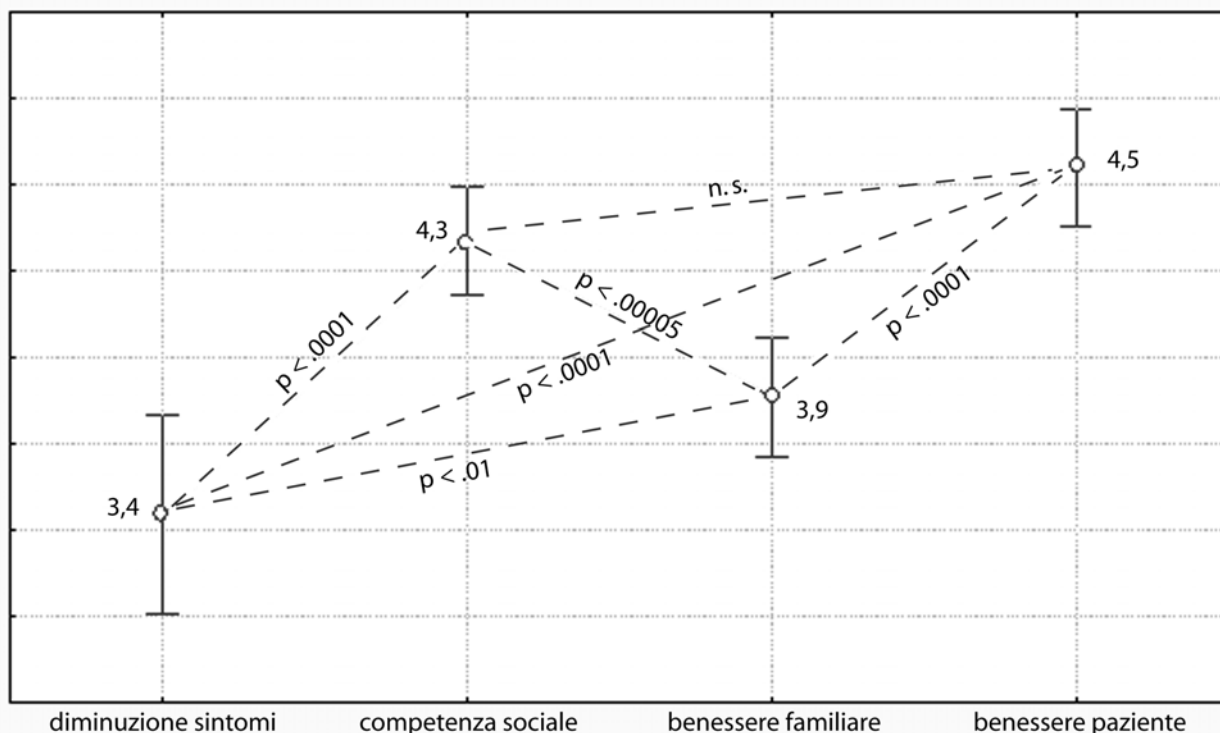
Tabella 4 – Confronto tra genitori e professionisti su quattro criteri di efficacia dell'intervento Repeated Measures Analysis of Variance - Sigma-restricted parameterization Effective hypothesis decomposition					
	SS	D.o.F.	MS	F	p
Gruppo	0,041	1	0,041	0,122	0,727103
Criteri	7,809	3	2,603	20,912	0,000000
Criteri*Gruppo	0,409	3	0,136	1,094	0,351755
medie e d.s.					

	Diminuzione sintomi		Competenza sociale		Benessere familiare		Benessere paziente	
	\bar{X}	D.S.	\bar{X}	D.S.	\bar{X}	D.S.	\bar{X}	D.S.
Genitori	3,31	1,54	4,36	0,73	3,9	0,97	4,49	0,8
Professionisti	3,59	1,4	4,26	0,63	3,9	0,72	4,43	0,62
Genitori + Professionisti	3,45	1,47	4,31	0,68	3,9	0,84	4,46	0,71

Un'analisi post-hoc (grafico 1), nella quale professionisti e genitori sono considerati come unico gruppo, mostra che l'aumento del benessere personale del paziente e della sua competenza sociale sono i criteri che entrambi i gruppi ritengono essere i più importanti nel definire l'efficacia dell'intervento. L'aumento di benessere dei familiari riceve un punteggio più basso dei primi due, e più alto del criterio "diminuzione dei sintomi del paziente", che è quello che riceve il grado più basso di preferenza tra tutti.

GRAFICO 1

Duncan Post Hoc tests - Confronto tra i criteri di efficacia - Gruppo: genitori + professionisti



Dimensione 2 - Atteggiamento verso l'uso degli psicofarmaci

In questo confronto i genitori mostrano un atteggiamento abbastanza favorevole all'uso degli psicofarmaci e più favorevole di quello dei professionisti, che è prossimo all'incertezza ($F = 6,701$ $p = .01$). Tra i professionisti gli infermieri sono il gruppo più favorevole all'uso degli psicofarmaci, tuttavia lo scarso numero di soggetti risultante dalla suddivisione in gruppi professionali non ci permette di giungere a conclusioni statistiche.

	\bar{X}	D.S.
Genitori	3,7	0,61
Professionisti	3,2	0,66

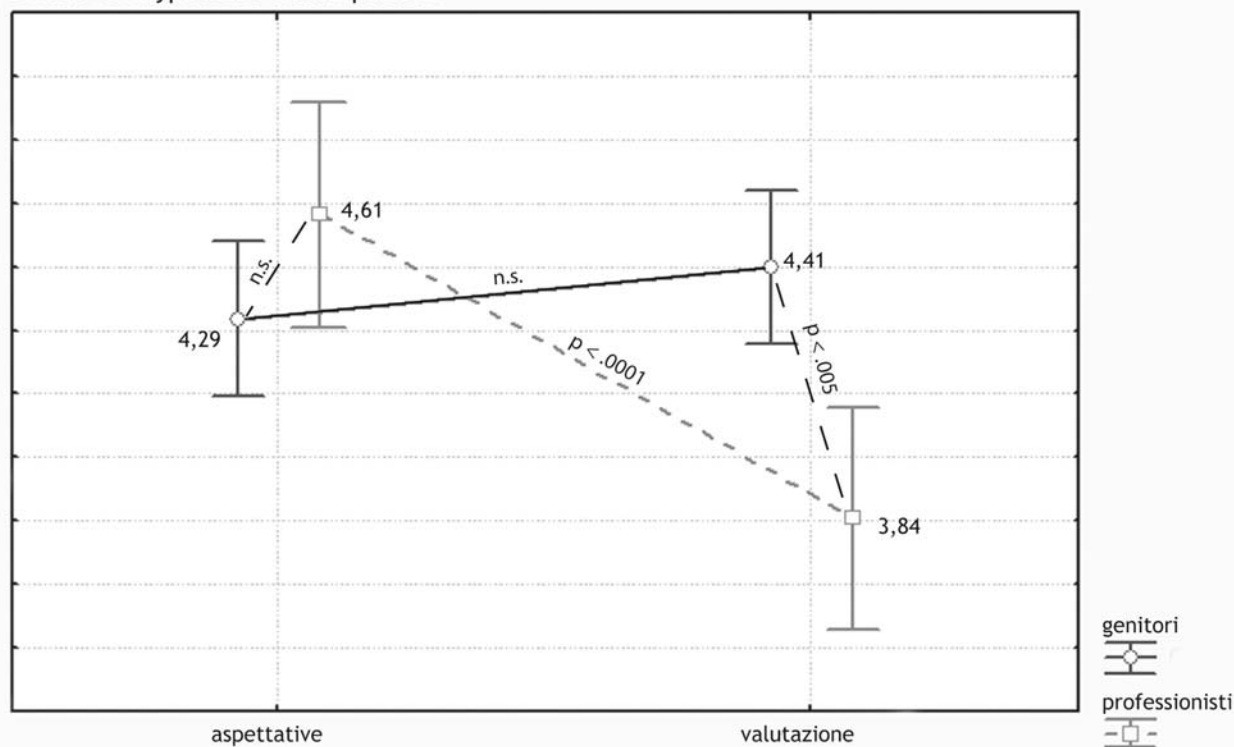
Dimensioni 3 e 4 - Aspettative sui risultati del trattamento e valutazione dei risultati del trattamento

Questa analisi risponde alle domande: a) confrontando le aspettative iniziali dei genitori circa gli esiti dell'intervento effettuato sul loro figlio, con la valutazione che essi danno di tale intervento, vi è differenza? b) confrontando le aspettative che i professionisti hanno in generale circa gli esiti dei loro interventi, e la valutazione che di essi ne danno alla fine, vi è una differenza? c) i due gruppi, genitori e professionisti, sono simili nel rispondere a tali domande?

	Aspettative sui risultati del trattamento		Valutazione dei risultati del trattamento	
	\bar{X}	D.S.	\bar{X}	D.S.
Genitori	4,29	0,77	4,41	0,71
Professionisti	4,61	0,47	3,84	0,67

Il grafico 2 mostra che vi è una differenza significativa tra aspettative iniziali e valutazione degli esiti del trattamento nel solo gruppo dei professionisti. Genitori e professionisti hanno aspettative positive simili tra loro (4,3 genitori e 4,6 professionisti, nessun effetto della variabile "gruppo"); ma mentre i genitori mantengono la valutazione del trattamento sullo stesso livello dell'aspettativa (4,4 vs 4,3, p n.s.), i professionisti mostrano punteggi significativamente più bassi sulla valutazione del trattamento rispetto alle loro aspettative iniziali (3,8 vs 4,6, p < .0001). Inoltre sulla valutazione del trattamento i professionisti hanno punteggi significativamente più bassi dei genitori (3,8 vs 4,4 p < .005)

GRAFICO 2 - Confronto tra genitori e professionisti su aspettative e valutazione degli esiti dell'intervento
 Repeated measure Analysis of variance - Current effect: $F(1,80) = 18,694$, $p = ,00004$
 Effective Hhypothesis decomposition



Dimensione 5 - Confronto tra genitori e professionisti sulla soddisfazione e l'accordo nel rapporto reciproco.

Tabella 7 – Confronto tra genitori e professionisti sulla soddisfazione e l'accordo nel rapporto reciproco.
 Repeated Measures Analysis of Variance - Sigma-restricted parameterization Effective hypothesis decomposition

	SS	D.o.F.	MS	F	p
Gruppo	1,0622	1	1,0622	35,47	0,000000
	\bar{X}	D.S.			
Genitori	4,14	0,49			
Professionisti	3,47	0,41			

La tabella 7 mostra una differenza, in questa dimensione, tra genitori e professionisti ($F = 35,47$, $p < .0001$). I genitori percepiscono la relazione con i professionisti e il servizio come fonte di soddisfazione e accordo in misura significativamente maggiore di quanto non avvenga per i professionisti. Un controllo eseguito su item specifici di questa dimensione ci permette di affermare che questa è una opinione diffusa tra i professionisti, ovvero che ciascun professionista dà una valutazione negativa del rapporto con i genitori-utenti in almeno uno degli item relativi alla dimensione della soddisfazione-accordo reciproco (la maggior parte dei professionisti dà un punteggio alto ad almeno uno degli item che specificamente indagano la percezione di essere sotto pressione da parte dei genitori)

In particolare, per i professionisti l'incerta soddisfazione nel rapporto si manifesta nella attribuzione ai genitori di aspettative e richieste maggiori rispetto a quelle che effettivamente possono essere erogate. Ciò non corrisponde alle affermazioni dei genitori, per i quali ciò che ottengono dal servizio è definito in termini di soddisfazione.

La negoziazione della domanda di intervento

In aggiunta alle dimensioni sopra citate, e per completare l'analisi effettuata nella fase di osservazione sul campo, abbiamo incluso nel questionario alcune domande aggiuntive riguardanti il processo di negoziazione della domanda di intervento. I risultati mostrano che, per quanto riguarda i professionisti, in caso di eventuale disaccordo con i genitori sulle strategie di trattamento per i loro figli, l'89% di essi ritiene di dover convincere i genitori ad accettare le modalità di intervento proposte, il 64% ritiene di non dover considerare opinioni ed esigenze dei genitori se questi sono in disaccordo; l'82% dichiara tuttavia che nella pianificazione dell'intervento debbano essere sempre coinvolti i genitori. Altro elemento utile da sottolineare è che la percezione che il personale dei due istituti hanno della propria competenza è alta: quasi l'80% dei soggetti ritiene che il proprio istituto sia il più competente a trattare quel tipo di disturbi.

Riguardo ai genitori, il 75% si dichiara soddisfatto dalla diagnosi, e la stessa percentuale ritiene di avere compreso perfettamente quale fosse l'intervento proposto dai professionisti, che l'intervento proposto sia adeguato, e che la spiegazione fornita circa la natura dei problemi del figlio sia stata utile per comprenderne i comportamenti. Inoltre, solo il 30% di essi dichiara di desiderare un trattamento che affronti anche eventuali problemi familiari.

Discussione

Come primo esito qualitativo della nostra indagine, derivato dalla osservazione sul campo e dalla analisi di alcune interviste, abbiamo trovato che, coerentemente con un modello di intervento clinico fortemente medicalizzato, nei due istituti non vi è una fase di analisi della domanda, né una fase di negoziazione che preveda un processo di costruzione comune ed esplicito con gli utenti degli obiettivi dell'intervento. Questo modello prevede dunque che l'analisi della domanda di intervento da parte della famiglia non sia elemento informativo essenziale per la valutazione del problema e su cui fondare l'intervento, e piuttosto basa la propria offerta sulla conoscenza di una eziopatogenesi dei problemi in gran parte già definita a priori e ritenuta valida, e che non avrebbe dunque molto senso porre come oggetto di negoziazione. Il prestigio riconosciuto ai due istituti e l'alta qualificazione curriculare dei professionisti che vi lavorano legittimano senz'altro questo atteggiamento.

Lo scopo della nostra indagine è stato dunque quello di comprendere, a seguito di questa impostazione da parte dei due istituti, in che modo professionisti e utenti si comportano in termini di accordo e soddisfacimento rispetto a vari aspetti del processo di intervento. Accordo e soddisfacimento non misurano ovviamente la bontà dell'intervento, quanto piuttosto la presenza o meno di un assetto collusivo caratterizzato dal mutuo accordo che vi sia una struttura che eroghi un trattamento altamente qualificato ma non obiettabile, e utenti che hanno fiducia nella bontà di ciò che ricevono malgrado il loro controllo sul processo sia scarso.

In sintesi i dati derivati dai due questionari da noi somministrati mostrano che:

- 1) professionisti e utenti considerano i criteri di efficacia dell'intervento in maniera simile;
- 2) i genitori valutano l'efficacia del trattamento come corrispondente alle aspettative che avevano all'inizio, che erano alte, e si ritengono soddisfatti. Significativamente meno appagati dagli esiti del trattamento rispetto alle alte aspettative iniziali appaiono invece i professionisti. Inoltre la valutazione degli esiti del trattamento da parte dei professionisti è significativamente meno positiva di quella dei genitori. Infine, i genitori esprimono una moderata approvazione della terapia psicofarmacologica, mentre i professionisti sono francamente incerti;

3) i professionisti attribuiscono al rapporto di collaborazione servizio/utenza un grado significativamente minore di soddisfazione-accordo reciproco rispetto ai genitori, che sono invece soddisfatti.

Il quadro che sembra emergere è quello di utenti soddisfatti e professionisti inquieti. Tale inquietudine è il dato che ci fa più riflettere e quello da cui partiamo per tentare di interpretare i dati emersi in questo primo studio.

L'elemento che ci fa pensare che vi possa essere una impasse nel rapporto tra servizio e utenti, o un fallimento nell'assetto collusivo che abbiamo sopra descritto, è proprio la generale soddisfazione che i genitori manifestano circa l'intervento e il rapporto con il servizio, cui corrisponde da parte dei professionisti una soddisfazione significativamente minore.

L'aspetto problematico della soddisfazione dei genitori potrebbe consistere in una certa acriticità circa le varie questioni che noi abbiamo proposto, e ciò potrebbe far pensare ad una soddisfazione percepita ad un livello superficiale e generale, non necessariamente ancorata al giudizio su elementi specifici. Può darsi che questi genitori siano soddisfatti per il fatto di avere trovato un riferimento così altamente qualificato sul territorio che li aiuti ad affrontare i loro problemi con i figli. Può darsi che questa espressione costante e poco articolata di soddisfazione indichi un investimento sul legame con i servizi, anticipatoria di un possibile abbandono e dunque funzionale al mantenimento del legame stesso con le strutture di riferimento. Se vogliamo interpretare, seguendo questo ragionamento, la scelta dei criteri di efficacia dell'intervento da parte dei genitori (che sono gli stessi scelti dai professionisti), possiamo osservare che quelli che ricevono più alti punteggi appaiono essere i meno pretenziosi, ovvero il benessere personale del proprio figlio e la possibilità che aumenti la sua competenza sociale. Invece il benessere della famiglia, che pure sarebbe legittimo augurarsi in un contesto problematico dove l'area delle relazioni è fondamentalmente interessata (disturbi psicopatologici e disabilità psichiche e sensoriali), non sembra essere un obiettivo fortemente perseguito, tanto che la maggior parte dei genitori non ritiene sé stessi come possibili beneficiari dell'intervento; allo stesso modo la diminuzione dei sintomi è il criterio che riceve il punteggio più basso, considerando che molti di questi piccoli pazienti hanno disturbi la cui componente sintomatica può essere solo parzialmente ridotta (per esempio bambini con disabilità congenite). Questi genitori appaiono dunque ragionevoli e misurati nelle proprie richieste e generalmente soddisfatti, anche dall'utilizzo di psicofarmaci rispetto a cui i professionisti appaiono titubanti.

Tale acritica soddisfazione potrebbe costituire una difficoltà per i professionisti a trovare punti di riferimento per giudicare l'efficacia del proprio operato. È dunque possibile che l'inquietudine dei professionisti, che in qualche modo contrasta con l'alta opinione circa la propria competenza che più su abbiamo citato, sia a sua volta il prezzo che essi pagano per il soddisfacimento delle aspettative di questo legame: il professionista prende su di sé l'incertezza e la critica rispetto al proprio operato, e la pressione dei genitori che assume la forma di soddisfazione incondizionata, senza che questa fantasia del doversi fare carico diventi materia da esplicitare e da sconfermare attraverso una proposta di rapporto professionale nel quale ciascun attore si assuma la responsabilità che gli compete. Vogliamo far presente a questo punto un documento redatto nel 2006 dalla Commissione per la Salute Mentale della Repubblica di Serbia, in cui si segnala la condizione di stress in cui si trova il personale degli istituti di salute mentale, definiti come "affetti da apatia e da sindrome di *burn out*". Il documento fa riferimento a un problema generalizzato sull'intero territorio serbo, e tuttavia esso può essere un elemento che rafforza la nostra ipotesi, se vogliamo considerare la sindrome di *burn out* come la manifestazione di un assetto disfunzionale entro le organizzazioni lavorative che impiegano *helping professional*, strettamente legato alle caratteristiche della relazione con l'utenza – principalmente alla sua componente emozionale predatoria.

Bibliografia

Carli, R. (1987). *Psicologia clinica: Introduzione alla teoria e alla tecnica*. Torino: UTET.

National Committee for Mental Health, Ministry of Health of Republic of Serbia. (2006). National Mental Health Policy and Action Plan: Problems of the existing organization of mental health care.

Ercolani, A. P., Areni, A., & Mannetti, L. (1990). *La ricerca in psicologia: Modelli di indagine e analisi dei dati*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.