



Capacità di lavorare in gruppo, clima emotivo, leadership e processi di responsabilizzazione. Il CFQ- i28 come strumento per valutare il funzionamento delle Comunità Terapeutiche

Stirone V., Peri Y., Vigorelli M. - Associazione Mito&Realtà

Introduzione

Numerosi autori hanno riflettuto sulle dimensioni che influenzano il funzionamento delle Comunità Terapeutiche (CT), individuando alcuni fattori fondamentali quali la **capacità di lavorare in gruppo** (Goleman, 1995; Cooper, Sawaf, 1997, Mayer, D'Amato, 2001), la **leadership** (Main, 1946, Jones, 1952; Foresti, Ferruta et al. 1998, Obholzer, 1994; Modello Tavistock) e i **processi di responsabilizzazione** (Perini, 2007). Tali aree sono alla base dell'elaborazione degli item del **Community Functioning Questionnaire - CFQ** (Vigorelli, Zanolini, Belfontali, Tatti, Buratti & Peri, 2008), nato dall'esigenza di valutare il funzionamento della vita comunitaria. In particolare il CFQ intende favorire il processo di autoriflessione e discussione interna alle CT, facendo emergere i punti di forza e le criticità che caratterizzano le dinamiche comunitarie.

Strumenti e Metodi

Il principale obiettivo della ricerca riguarda la validazione dello strumento, che nella sua prima versione comprendeva 42 item, valutabili attraverso una scala Likert a 6 punti. Dopo aver messo a punto una versione più snella e attendibile dello strumento, si è deciso di svolgere un'analisi esplorativa per mettere in evidenza le corrispondenze tra i fattori indagati dal questionario e le variabili che definiscono le caratteristiche del campione. Lo strumento si conclude con una rappresentazione grafica della riunione d'équipe eseguita da ciascun compilatore: l'apporto fornito dalla valutazione dei disegni consente di arricchire i risultati emersi dall'analisi quantitativa, fornendo una visione più realistica del funzionamento delle CT e del loro clima emotivo. I disegni sono stati raggruppati in binomi e valutati da 4 giudici indipendenti.

Campione

Il questionario è stato somministrato agli operatori di 27 CT del Centro-Nord Italia. Si tratta di strutture pubbliche, private, private convenzionate e miste, con diversi livelli di protezione, che si differenziano per collocazione ambientale, tipologia di ospiti e modello clinico-teorico di riferimento.

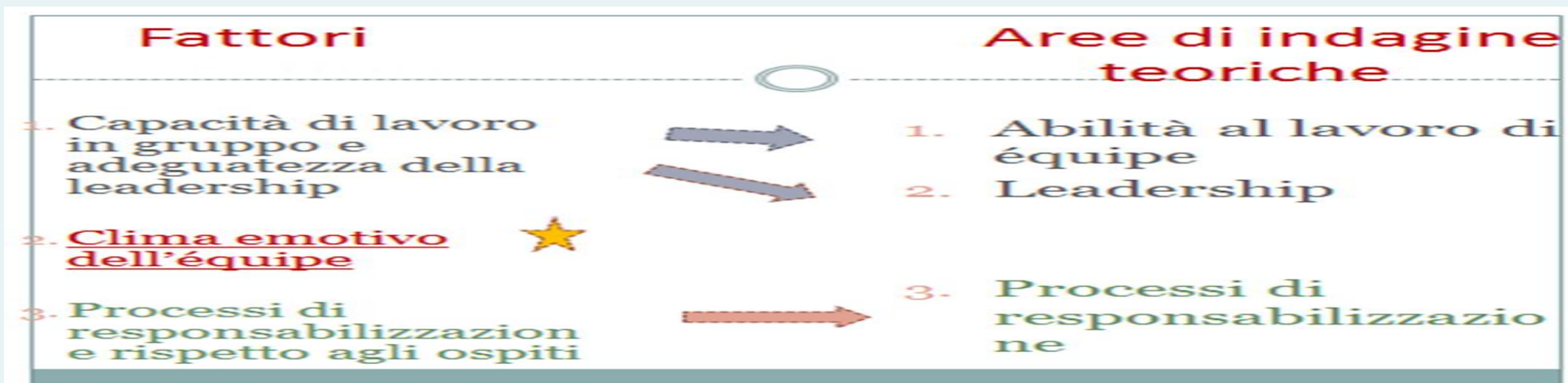
Sono stati raccolti 399 questionari, compilati da diverse figure professionali (297 contenevano un disegno o una frase sostitutiva).

Qualifica del compilatore	Tipo comunità		Livello di protezione	Pazienti		Modello teorico
operatori socio-sanitari	27.1%	private convenz.	55.6%	diagnosi psichiatriche miste	74.1%	Pazienti
infermieri professionali	4.4%	strutture pubbliche	25.9%	schizofrenici	7.4%	
educatori	19.8%	privata	11.1%	borderline	3.7%	
psicologi	9.8%	mista	7.4%	adolescenti e altro	7.4%	
dirigenti e amministrativi	5.8%	alto	55.6%	psicodinamico	74.1%	
psichiatri	4.3%	medio	25.9%	cognitivo-comportamentale	18.5%	
assistenti sociali	0.3%	bassa protezione	7.4%	assistenziale o improntato sull'ergoterapia	7.4%	
altro (volontari, tirocinanti, etc.)	8.5%	Centri Diurni	11.1%			Modello teorico

Risultati

L'Analisi Fattoriale eseguita mette in evidenza una soluzione a tre fattori:

1. Capacità di lavoro in gruppo e adeguatezza della leadership
2. Clima emotivo dell'équipe
3. Processi di responsabilizzazione rispetto agli ospiti



L'analisi dell'attendibilità consente di confermare la coerenza interna dello strumento ($\alpha_{fatt1} = 0.96$, $\alpha_{fatt2} = 0.74$, $\alpha_{fatt3} = 0.83$). Al fine di ottenere uno strumento più maneggevole si è deciso di eliminare gli item con saturazioni elevate in più di un fattore. Così si è giunti alla **formulazione definitiva del questionario (composto da 28 item, CFQ-28i)**. Un'analisi esplorativa (ANOVA) sui 28 item definitivi ha permesso di rilevare che: • I fattori non risultano influenzati dal *modello teorico* [$F_{fatt.1}(2,375)=.182$, $p.>.05$, $F_{fatt.2}(2,383)=1.989$, $p.>.05$, $F_{fatt.3}(2,384)=.783$, $p.>.05$]. • La *qualifica del compilatore* influenza la capacità di lavoro in gruppo e adeguatezza della leadership [$F(6,305)=4.191$, $p.<.01$] (inferiore nella valutazione degli operatori di base!) e i processi di responsabilizzazione [$F(6,308)=4.646$, $p.<.01$], ma non il clima emotivo [$F(6,312)=1.936$, $p.>.05$]. • Il *livello di protezione* influisce sui processi di responsabilizzazione [$F(3,381)=4.139$, $p.<.01$] e sul clima emotivo [$F(3,380)=4.379$, $p.<.01$], ma non sulla capacità di lavoro in gruppo e adeguatezza della leadership [$F(3,375)=2.562$, $p.>.05$]. In particolare: nelle strutture a Bassa Protezione si riscontrano un clima emotivo migliore (connesso alla maggior autonomia degli ospiti e al minor contatto tra operatori e pazienti?) e processi di responsabilizzazione inferiori. L'area proiettiva mette in evidenza un generale accordo tra le risposte degli operatori e l'atmosfera evocata dai loro disegni, che forniscono informazioni aggiuntive sulle caratteristiche della riunione (senso di appartenenza, agonismo, cooperazione, etc.). Per alcuni questionari è stato possibile riscontare una dissonanza tra le risposte positive fornite dagli operatori e i loro disegni che lasciano trapelare un clima emotivo negativo. Una correlazione tra i binomi e i 3 fattori consente di riscontrare deboli associazioni: in particolare le strutture caratterizzate da un *clima emotivo positivo* hanno un senso di appartenenza relativamente alto, mentre le CT che mostrano un clima emotivo negativo hanno un maggior numero di disegni caratterizzati da isolamento e da elementi di scissione.



Conclusioni

Il CFQ-28i risulta in grado di evidenziare alcuni indicatori di qualità che consentano di delineare un modello di buon funzionamento comunitario, trasversale ai diversi approcci teorici, che potrà essere utilizzato anche per realizzare osservazioni longitudinali. In particolare l'emergere del fattore "*clima emotivo dell'équipe*", non presente nell'iniziale ipotesi, evidenzia l'importanza dell'elemento climatico come fattore terapeutico aspecifico di grande rilevanza della quotidianità della vita comunitaria.

La numerosità delle strutture coinvolte risulta limitata e sollecita un ampliamento del campione, coinvolgendo anche CT di altre regioni, in particolare del Centro-Sud Italia.