

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
Corso di Laurea in
SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

TESI DI LAUREA

Soddisfazione lavorativa e Ruolo del TeRP nella Residenzialità in Salute Mentale.

Laureanda:

Noemi Liburdi

Anno Accademico 2019-2020

INDICE

INTRODUZIONE

CAPITOLO 1. IL TeRP NELLA RESIDENZIALITÀ IN SALUTE MENTALE

1.1 Il Profilo Professionale del TeRP

1.2 Il Core Competence del TeRP

1.3 Le Strutture Residenziali in Salute Mentale

1.4 Il ruolo del TeRP nel contesto Residenziale

CAPITOLO 2. LA SODDISFAZIONE LAVORATIVA IN SALUTE MENTALE

2.1 Definizione di Job Satisfaction

2.2 Dati dalla letteratura e scale di valutazione

CAPITOLO 3. LO STUDIO: INDAGINE SULLA SODDISFAZIONE LAVORATIVA ED

IL RUOLO DEL TERP NELLA RESIDENZIALITÀ IN SALUTE MENTALE

3.1 Obiettivo dello Studio

3.2 Materiali e Metodi

3.3 Analisi dei Risultati

3.4 Discussione dei Risultati

CAPITOLO 4. CONCLUSIONI

APPENDICE

BIBLIOGRAFIA

RINGRAZIAMENTI

*Alla mia Famiglia,
da sempre il mio posto sicuro,
la parte migliore di me.*

*A me stessa,
per un nuovo traguardo
raggiunto grazie alla “testardaggine”
che mi contraddistingue.*

*“Guarda l’Acqua del Fiume
e la Roccia sulla quale scorre:
giorno dopo giorno l’Acqua riesce a vincere
grazie alla sua perseveranza,
non grazie alla sua forza”*

Buddha

INTRODUZIONE

*“La vera differenza
tra un Sogno ed un Obiettivo
è semplicemente una data”*

Walt Disney

Il seguente lavoro nasce dall'idea di voler realizzare una fotografia dell'attuale situazione relativa ai Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, nell'ambito della Residenzialità in Salute Mentale.

Negli ultimi anni, infatti, il dibattito relativo alle competenze specifiche e agli ambiti di intervento caratteristici di questa figura si è evoluto sempre più, sottolineando l'importanza di redigere uno specifico Core Competence del TeRP per un duplice scopo: migliorare le prestazioni erogate ai pazienti e facilitare la cooperazione tra i diversi professionisti dell'equipe, rendendo espliciti ruoli e confini di ognuno. Per questo, si è deciso di indagare, attraverso un questionario strutturato in più sezioni, quale fosse il ruolo attualmente ricoperto da tali Professionisti ed il livello di Soddisfazione Lavorativa da essi percepito.

La volontà di indagare anche il grado di soddisfazione lavorativa percepito dal TeRP, nasce in seguito ad una revisione della letteratura esistente, che sembra correlare tale costrutto ad una serie di conseguenze sia a livello individuale che organizzativo.

Sul piano individuale, la *Job Satisfaction* sembra avere una particolare influenza sulla stima di sé, la motivazione, ma soprattutto, la salute sia fisica che mentale del lavoratore.

Dal punto di vista organizzativo, invece, essa appare associata a diverse dimensioni occupazionali: è considerata di grande importanza nello studio del turnover, nella performance lavorativa, ma è anche associata al grado di produttività e assenteismo. Pertanto, riuscire a individuare e a mantenere un livello ottimale di soddisfazione del lavoratore determinerebbe degli esiti positivi sia dal punto di vista del benessere aziendale ed organizzativo, sia in termini di efficacia delle prestazioni erogate ai singoli pazienti.

Nel primo capitolo, ci si sofferma sulla figura del TeRP, individuando il decreto che ne determina la nascita come figura sanitaria afferente all'area della riabilitazione. Si prosegue andando ad evidenziare le competenze Core di tale professione, fondamentali ai fini di una cooperazione funzionale tra i diversi professionisti di un'equipe e per un approccio di tipo multidisciplinare. A questo punto, si pone l'attenzione sulle diverse strutture residenziali presenti sul territorio italiano e sulle loro caratteristiche, definendo con quali modalità il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica esercita la propria professione al loro interno.

Nel terzo capitolo, si procede con la descrizione dello studio, entrando nello specifico di Materiali e Metodi utilizzati per la strutturazione dello stesso. Pertanto, si descrive il questionario somministrato, la scala di valutazione della *Job Satisfaction* utilizzata ed il campione considerato. Infine, nell'ultima parte dell'elaborato, si procede all'analisi e alla discussione dei risultati ottenuti, individuando limiti e punti di forza del lavoro svolto e sviluppando proposte per un eventuale futuro ampliamento dello studio proposto.

CAPITOLO 1. IL TeRP NELLA RESIDENZIALITÀ IN SALUTE MENTALE

1.1 Il Profilo Professionale del TeRP

Nel panorama delle Professioni Sanitarie, il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica può essere certamente definito come una delle figure più giovani.

La nascita di tale figura in ambito sanitario, infatti, avviene diciannove anni fa, con il Decreto Ministeriale n.182 del 29 Marzo 2001.

Il D.M 182/01 delinea il Profilo Professionale del TeRP, definendolo come l'operatore sanitario che, in possesso del titolo universitario abilitante, svolge, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, interventi riabilitativi ed educativi sui soggetti con disabilità psichica.

Nello specifico, il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica:

- collabora alla valutazione della disabilità psichica e delle potenzialità del soggetto, analizza bisogni e istanze evolutive e rileva le risorse del contesto familiare e socio-ambientale;
- collabora all'identificazione degli obiettivi formativo-terapeutici e di riabilitazione psichiatrica, nonché alla formulazione dello specifico programma di intervento mirato al recupero e allo sviluppo del soggetto in trattamento;
- attua interventi volti all'abilitazione/riabilitazione dei soggetti alla cura di sé e alle relazioni interpersonali di varia complessità nonché, ove possibile, ad un'attività lavorativa;
- opera nel contesto della prevenzione primaria sul territorio, al fine di promuovere lo sviluppo delle relazioni di rete, per favorire l'accoglienza e la gestione delle situazioni a rischio e delle patologie manifestate;
- opera sulle famiglie e sul contesto sociale dei soggetti, allo scopo di favorirne il reinserimento nella comunità;
- collabora alla valutazione degli esiti del programma di abilitazione e riabilitazione nei singoli soggetti, in relazione agli obiettivi prefissati;
- il tecnico della riabilitazione psichiatrica contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento del proprio profilo professionale¹.

Il D.M 182/01, infine, definisce che il TeRP può svolgere la propria attività professionale in strutture e servizi sanitari pubblici o privati, in regime di dipendenza o libero professionale.

In altre parole, il TeRP è un Professionista Sanitario che opera nell'ampio ambito della Salute Mentale. Egli si pone l'obiettivo di aiutare le persone, con disabilità psichiatriche, a potenziare il loro funzionamento cognitivo, emotivo-affettivo e psicosociale, così da avere successo ed essere soddisfatte nell'ambiente da loro scelto, richiedendo il meno possibile interventi professionali continuativi. Il percorso riabilitativo prevede anche il coinvolgimento di famiglia e contesto socio-ambientale, valutando e lavorando su risorse e criticità degli stessi².

L'approccio del TeRP è caratterizzato dall'essere personalizzato, basato sulla relazione, olistico, multimodale e basato su evidenze scientifiche (Famulari R., Ruggeri A; 2013).

Il processo riabilitativo, quindi, ha come obiettivo non soltanto la soddisfazione dei bisogni dell'individuo, ma soprattutto lo sviluppo di risorse cosicché il soggetto possa agire in autonomia per soddisfare le proprie necessità. Ciò è reso possibile da un approccio che prevede l'individuazione di aree del funzionamento su cui indirizzare il lavoro terapeutico a prescindere dalla gravità del quadro psicopatologico generale³. A tal proposito, negli ultimi anni, la riabilitazione in ambito della salute mentale si è sempre più raffinata e consolidata offrendo interventi strutturati e articolati in tappe, con obiettivi mirati definiti attraverso una serie di valutazioni e verifiche specifiche⁴. La presa in carico di un individuo obbliga pertanto a seguire delle tappe: instaurare una relazione terapeutica e funzionale, valutare lo stato clinico e il funzionamento del paziente, i suoi bisogni, identificare e condividere gli obiettivi a breve-medio-lungo termine e valutare nel tempo il percorso riabilitativo⁵.

Inoltre, è importante sottolineare che ogni intervento riabilitativo viene effettuato in un'ottica di "*Recovery*", ovvero, col fine ultimo di raggiungere il miglior stato di benessere, indipendenza e autonomia possibili per ognuno, considerati i suoi punti di forza e le sue difficoltà.

1.2 Il *Core Competence* del TeRP

Per poter parlare di *Core Competence* e comprendere la sua importanza, bisogna innanzitutto partire dal concetto di Competenza. È un termine utilizzato nel campo di diverse discipline e contesti, le differenze di significato del concetto dipendono anche dal contesto e dalla cultura alla quale il termine si riferisce. Per questo, risulta difficile formulare una definizione univoca di tale concetto.

In ambito professionale la competenza è ciò che una persona dimostra di saper fare (anche intellettualmente) in modo efficace, in relazione ad un determinato obiettivo, compito o attività in un determinato ambito professionale. Il risultato osservabile di questo comportamento competente è la *performance*⁶. Pertanto, un individuo risulta competente quando, per un periodo di tempo sufficientemente lungo, in un contesto lavorativo attua una serie di comportamenti osservabili che determinano la realizzazione di una *performance* superiore. (Sasso et al. 2014).

Pertanto, il *Core Competenze* può essere definito come uno strumento che individua le competenze distintive, le abilità necessarie per essere abilitati e svolgere una particolare attività professionale.

Nello specifico, il *Core Competence* del TeRP è stato costruito a partire dal Profilo Professionale e dal decreto che lo delinea, per porre al centro le competenze distintive di tale Professionista e sottolineare la specificità del contributo di cui il TeRP è portatore all' interno dell'Equipe Multidisciplinare. È stato ideato, formulato e strutturato da un Team di esperti dalla fine del 2014 al 2017, per poi essere pubblicato ufficialmente nel 2019.

La cornice teorica all'interno della quale si inserisce il *Core Competence* è quella del Modello *Patient Family Centred Care*, secondo un approccio olistico. Il PFCC consiste nel lavorare seguendo dei principi fondamentali quali l'utilizzo di trattamenti *Evidence Based* e il coinvolgimento attivo della Persona e della sua famiglia⁷. Per approccio olistico si intende una visione della persona nella sua integrità bio-psico-sociale, inserita nel suo ambiente/contesto di vita. il soggetto, quindi, viene preso in carico nella sua totalità, non etichettato in base alla sua patologia (Famulari et all. 2020)

Nel *Core Competence* la competenza del TeRP viene descritta in Funzioni, Attività e Competenze Specifiche.

Lo strumento utilizzato per la strutturazione è lo strumento dell'Albero. L'albero delle attività e dei concetti è utile per prevedere le conoscenze necessarie per la risoluzione di un problema di salute. Nel nostro caso, il problema di salute individuato è la Salute Mentale, che funge da tronco per il nostro Albero. Da esso si estendono le Funzioni (rami massicci), propedeutiche ad azioni e concetti successivi, cioè le Attività (rami più sottili) ed infine le competenze distintive specifiche (le foglioline). Quindi, per ogni Funzione relativa al Profilo Professionale del TeRP, esistono una serie di Attività da mettere in pratica, tramite la conoscenza e l'utilizzo di Competenze Distintive Specifiche (Famulari et al. 2020)

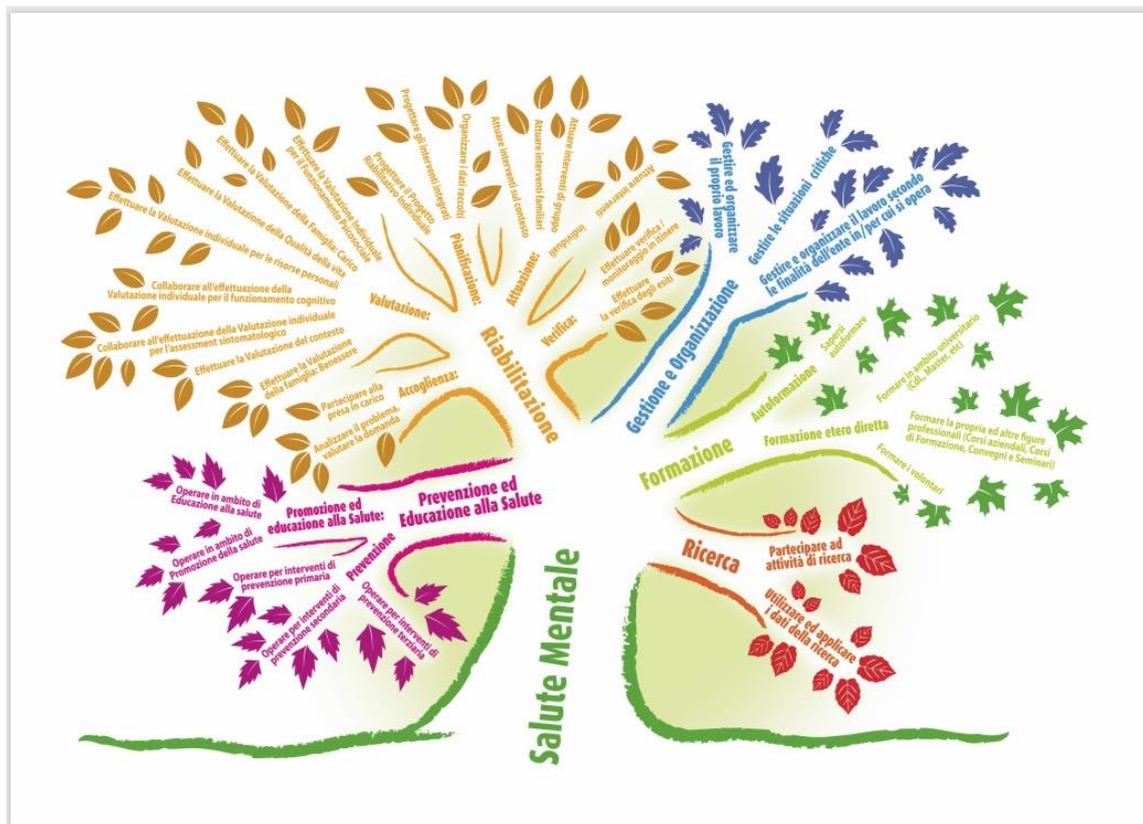


Fig. 1.1 ⁷

Per il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica le Funzioni, che rappresentano gli obiettivi generali, sono:

- Riabilitazione
- Prevenzione ed educazione alla Salute
- Gestione ed Organizzazione
- Formazione
- Ricerca

Ogni Funzione del TeRP prevede una serie di Attività, generali e maggiormente specifiche, che rappresentano gli obiettivi intermedi del *Core Competence*:

FUNZIONE RIABILITAZIONE

- Accoglienza → analizzare il problema, valutare la domanda, partecipare alla presa in carico.
- Valutazione → Valutare il funzionamento psicosociale, collaborare alla valutazione per l'assessment sintomatologico, collaborare alla valutazione del funzionamento cognitivo, valutare le risorse personali, la qualità della vita, la famiglia dal punto di vista del carico e del benessere, valutare il contesto.
- Pianificazione → progettare il Progetto Riabilitativo Individuale, progettare interventi integrati, organizzare i dati raccolti.
- Attuazione → interventi individuali, interventi di gruppo, interventi familiari e sul contesto.
- Verifica → effettuare verifica e monitoraggio in itinere, effettuare verifica degli esiti.

FUNZIONE PREVENZIONE ED EDUCAZIONE ALLA SALUTE

- Prevenzione → interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.
- Promozione ed educazione alla Salute → operare in ambito di promozione della salute, operare in ambito di promozione dell'educazione alla salute.

FUNZIONE DI GESTIONE E ORGANIZZAZIONE

- Gestire e organizzare il proprio lavoro.
- Gestire le situazioni critiche.
- Gestire e organizzare il lavoro secondo le finalità dell'ente per cui si opera.

FUNZIONE DI FORMAZIONE

- Autoformazione → sapersi auto formare.
- Formazione eterodiretta → formare in ambito universitario (CdL, Master ecc), formare la propria e altre figure professionali (corsi, convegni, seminari), formare i volontari.

FUNZIONE DI RICERCA

- Partecipare ad attività di ricerca.
- Utilizzare ed applicare i dati della ricerca.

Infine, le Competenze Specifiche proprie del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica riconducono ad obiettivi specifici, quindi, a compiti e a comportamenti professionali il cui risultato è osservabile e misurabile secondo dei criteri definiti⁷.

Tali Competenze Specifiche, alla base dell'attività del TeRP, sono particolarmente numerose, pertanto, in questo elaborato ci si limiterà a citare alcuni esempi.

Nell'ambito della Funzione di Riabilitazione, l'attività dell'Accoglienza che prevede l'analisi del problema, valutazione della domanda e partecipazione alla presa in carico, è svolta dal TeRP grazie a competenze specifiche come:

- Condurre colloqui di filtro;
- Gestire i contatti con il servizio inviante;
- Comprendere la domanda;
- Comprendere il bisogno espresso;
- Analizzare e definire in un elenco i bisogni espressi/inespressi;
- Utilizzare l'ascolto attivo;
- Valutare la motivazione dell'invio;
- Esplicitare i dati osservati- valutati;
- Saper spiegare l'intervento terapeutico-riabilitativo;
- Saper esprimere gli obiettivi generali;
- Saper gestire gli accordi e regolamentare la relazione terapeutica;
- Saper gestire il "contratto terapeutico-riabilitativo".

Nell'ambito della funzione Riabilitazione, l'attività della Valutazione prevede di effettuare la valutazione individuale per il funzionamento psicosociale, grazie all'utilizzo di competenze specifiche come:

- Condurre colloqui individuali;
- Valutare l'insight;
- Utilizzare procedure qualitative osservazionali;
- Utilizzare scale di valutazione e strumenti standardizzati;

- Valutare il profilo emotivo;
- Valutare la cura del sé;
- Valutare il grado di autonomia;
- Valutare l'attività di vita quotidiana e responsabilità;
- Valutare la gestione del denaro;

Nell'ambito della funzione Prevenzione ed educazione alla salute, l'attività Prevenzione che prevede di operare interventi di prevenzione primaria, viene svolta dal TeRP grazie a competenze specifiche come:

- Identificare fattori di rischio per la salute;
- Identificare soggetti a rischio;
- Attuare interventi di informazione ed educazione;
- Pianificare e realizzare attività di screening e follow up;
- Conoscere e comprendere i segni prodromici pre-esordio di malattia;
- Attuare interventi che favoriscano la conoscenza e la comprensione di segni prodromici pre-esordio di malattia;
- Progettare, attuare e valutare gli interventi preventivi in popolazioni a rischio
- Attuare interventi di prevenzione dello stigma;
- Attuare interventi volti a favorire la comunicazione del disagio⁷.

Riassumendo, possiamo affermare che delineare le competenze Core di una Professione ha una molteplicità di vantaggi:

- Sottolineare gli specifici ambiti di intervento, individuando capillarmente le competenze.
- Maggiore sviluppo di un'Identità Professionale.
- Essere una guida per il Professionista stesso.
- Stimolare una formazione sempre più omogenea negli Atenei.
- Rispondere in modo adeguato ai bisogni di salute dei cittadini, tutelando il loro Diritto alla Salute.

Pertanto, è fondamentale che ogni professionista abbia ben chiara la propria Identità Professionale, ma anche che abbia una buona conoscenza delle altre Figure Professionali, al fine di collaborare e cooperare in maniera funzionale e consapevole all'interno dell'Equipe Multidisciplinare.

1.3 Le strutture residenziali in Salute Mentale

Le strutture residenziali costituiscono una risorsa del Dipartimento Salute Mentale (DSM), dedicata al trattamento di pazienti affetti da disturbi psichiatrici che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi o di interventi di supporto sociosanitario, effettuabili in regime residenziale⁸. Si evince, quindi, la centralità del percorso terapeutico-riabilitativo basato sui bisogni e sulle caratteristiche specifiche dell'utente nell'ambito della residenzialità⁹.

Il percorso territoriale di un paziente con difficoltà di funzionamento personale e sociale, con bisogni specifici e con necessità di interventi multiprofessionali, deriva da una presa in carico da parte del Centro di Salute Mentale (CSM) che elabora un Piano di trattamento individuale (PTI); nell'ambito di detto piano può essere previsto l'invio e il temporaneo inserimento in una struttura residenziale psichiatrica per un trattamento riabilitativo con un supporto assistenziale variabile¹⁰.

È importante sottolineare la temporaneità dell'inserimento all'interno di una struttura residenziale, intesa come una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del percorso riabilitativo di utenti affetti da patologia psichiatrica, con lo scopo di offrire una rete di rapporti e opportunità emancipative, tramite specifiche attività riabilitative. Per questo, la struttura residenziale non va considerata una soluzione abitativa (Vita et al. 2019).

L'inserimento in una struttura residenziale, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, avviene esclusivamente a cura del Centro di Salute Mentale, tramite una procedura di consenso professionale per una buona pratica clinica, relativa a criteri di appropriatezza e condizioni che suggeriscono il ricorso ad un trattamento in regime residenziale, come processo attivo e non autorizzazione "passiva".

Il CSM segue, tramite un proprio operatore di riferimento (funzione di case manager), l'andamento degli interventi fino alla dimissione.

Ai fini dell'appropriatezza di utilizzo delle strutture residenziali psichiatriche, i Piani di trattamento individuali (PTI) dei pazienti proposti dai Centri di Salute Mentale per l'inserimento devono riferirsi a specifici criteri diagnostici.

Ciò permette di prendere in considerazione la complessità del quadro clinico e il livello di funzionamento personale e sociale del paziente, da stabilire sulla base di strumenti di valutazione standardizzati (ad es., HoNOS, BPRS, FPS, VADO), ma anche le risorse o

potenzialità, le resistenze al cambiamento, la stabilità clinica. I dati ottenuti da tali valutazioni orientano sia sull'intensità del trattamento riabilitativo, sia sul livello assistenziale e tutelare da prevedere¹⁰.

L'obiettivo generale è quello di individuare una risposta appropriata ai bisogni specifici di ogni utente, stabilendo di volta in volta:

- il livello di intervento terapeutico riabilitativo richiesto : intensità riabilitativa;
- il livello assistenziale necessario: intensità assistenziale.

Vengono, inoltre, definiti gli interventi necessari al paziente, che nell'insieme rientrano in programmi differenziati per intensità riabilitativa, i quali prevedono durata e prestazioni appropriate ad ogni specifico utente preso in carico. Da ciò scaturisce la scelta della tipologia di struttura residenziale¹⁰.

La tipologia di tali strutture, nell'ambito della Salute Mentale, viene distinta sia per il livello di intervento terapeutico-riabilitativo, correlato al livello della compromissione di funzioni e abilità del paziente(e alla sua trattabilità), sia per il livello di intensità assistenziale offerto, correlato al grado di autonomia complessivo.

In base all'intensità riabilitativa dei programmi attuati e al livello di intensità assistenziale presente, si individuano tre tipologie di struttura residenziale:

- Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1) → Si tratta di strutture nelle quali vengono accolti pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, per i quali si ritengono efficaci interventi ad alta intensità riabilitativa, da attuare con programmi a diversi gradi di assistenza tutelare, e che possono essere appropriati per una gamma di situazioni diverse. Sono pensate per poter accogliere e proporre un'offerta riabilitativa adeguata a coloro che si trovano in fase post-acuta, ad esempio dopo un ricovero in SPDC, ma anche per utenti segnalati dal CSM come bisognosi di un intervento riabilitativo e assistenziale ad alta intensità^{9,10}.
- Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2) → Si tratta di strutture che accolgono pazienti con compromissioni del funzionamento personale e sociale gravi o di gravità moderata ma persistenti e invalidanti, per i quali si ritengono efficaci trattamenti terapeutico riabilitativi e di

assistenza tutelare, da attuare in programmi a media intensità riabilitativa (anche finalizzati a consolidare un funzionamento adeguato alle risorse personali)^{9,10}.

Le suddette strutture (SRP1 e SRP2) possono essere articolate su diversi livelli di intensità assistenziale, che configurano differenti sotto-tipologie.

- Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi(SRP3) → Si tratta di strutture che accolgono pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, per i quali risultano efficaci interventi da attuare in programmi a bassa intensità riabilitativa. Si individuano tre tipologie di struttura con differenti livelli di intensità assistenziale, con personale socio-sanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore e per fasce orarie^{9,10}.

È fondamentale, sottolineare l'esigenza e l'importanza di avere una differenziazione e specializzazione delle varie strutture e dei programmi. Ciò permette di sviluppare sempre di più la capacità di diversificare l'approccio, strutturando trattamenti "ad hoc" per condizioni specifiche, quali: i trattamenti all'esordio, i trattamenti nella fascia di età di transizione tra adolescenza e prima età adulta, i trattamenti dei disturbi di personalità, i trattamenti per i disturbi del comportamento alimentare, i programmi per i soggetti affetti da disturbo psichiatrico, afferenti al circuito penale che usufruiscono di misure alternative alla detenzione.

Per poter differenziare gli interventi, seguendo delle linee guida provenienti dal Ministero della Salute, ci si riferisce a due documenti molto importanti:

1. "Le strutture residenziali psichiatriche" per l'età adulta – Conferenza unificata con accordo n.116 del 17 Ottobre 2013;
2. "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico-riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza" – Conferenza unificata, accordo n. 138 del 13 Novembre 2014.

1.4 Il ruolo del TeRP nel contesto Residenziale

Per poter descrivere il ruolo del Tecnico della Riabilitazione nel contesto residenziale in Salute Mentale, possiamo fare riferimento innanzitutto ai documenti provenienti dal Ministero della Salute. In particolare, il documento relativo alle Strutture Residenziali Psichiatriche del 17 Ottobre 2013, per ogni livello di intensità riabilitativa previsto vengono elencate una serie di attività attuabili dal TeRP:

- SRP.1 = l'offerta da parte della struttura per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo è caratterizzata dall'attuazione di programmi ad alta intensità riabilitativa. Pertanto, l'area riabilitativa prevede un'offerta intensiva e diversificata di interventi strutturati (sia individuali che di gruppo) di riabilitazione, finalizzati ad un recupero delle abilità di base ed interpersonali/sociali e al reinserimento del paziente nel suo contesto di origine. Tali interventi prevedono anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura. È da prevedere la presenza di interventi di formazione/inserimento lavorativo¹⁰.
- SRP.2 = la tipologia di offerta da parte delle strutture per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo è caratterizzata dall'attuazione di programmi a media intensità riabilitativa, che prevedono una maggiore presenza di attività di risocializzazione rispetto a quelle di riabilitazione. Tali interventi prevedono anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura ed in attività riabilitative nel territorio. Per quanto riguarda la risocializzazione, è prevista la partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede¹⁰.
- SRP.3.1 = In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura (con personale presente 24h) è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di assistenza e risocializzazione. Per questo, non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo, prevalgono le attività di assistenza erogate direttamente dal personale, anche il coinvolgimento del paziente nelle attività quotidiane della struttura è previsto in misura minore. Vi è offerta prevalente di interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico motorio, in sede e fuori sede¹⁰.

- SRP.3.2 = (presenza del personale 12h) La struttura è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di risocializzazione. Non sono previste attività strutturate dal punto di vista riabilitativo, ma è previsto in misura maggiore che nelle SRP.3 a 24 ore il coinvolgimento attivo del paziente nelle attività quotidiane. Invece, le attività di risocializzazione avvengono prevalentemente fuori sede, in raccordo con la rete sociale¹⁰.
- SRP.3.3 = (presenza del personale in alcune fasce orarie diurne) la struttura è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di supervisione e risocializzazione. Anche in questo caso, in campo riabilitativo non è prevista la presenza di attività strutturate. Il personale svolge un'attività di supervisione e di coinvolgimento attivo del paziente nella gestione delle attività quotidiane della struttura. Le attività di risocializzazione avvengono fuori dalla struttura in raccordo con la rete sociale¹⁰.

I vari setting dedicati alla salute mentale, rappresentano luoghi in cui applicare i principi della riabilitazione psichiatrica e attuare il processo riabilitativo. Per questo, ambienti comunitari debitamente strutturati per ospitare pazienti nelle fasi successive al ricovero ospedaliero e specifici percorsi di riabilitazione possono concorrere ad accrescere le abilità della persona, la capacità di fronteggiare lo stress e le sue probabilità di recupero¹¹.

Ad ogni livello di intensità riabilitativa previsto, affinché si porti avanti un intervento oggettivamente efficace, è fondamentale che l'operato del TeRP si basi su protocolli e tecniche *Evidence-Based* (Vita A. e Barlati S. 2019).

I servizi riabilitativi, infatti, sono elementi essenziali dell'assistenza sanitaria. Per questo, dovrebbero essere sempre *Evidence-Based*¹².

Allo stesso tempo, per massimizzare l'efficacia, è importante orientare di volta in volta tali approcci verso degli obiettivi individuali e personalizzati, evitando di cadere nell'errore di utilizzare obiettivi e metodologie stereotipate e generiche. Fondamentale è il coinvolgimento del paziente fin dall'elaborazione del percorso riabilitativo, affinché sia un elemento di motivazione per la tenuta del progetto stesso¹³.

Le tecniche utilizzate dal TeRP con maggiori evidenze scientifiche sono diverse, come ad esempio:

- La *Cognitive Remediation Therapy*
- Il *Social Skills Training*
- La Psicoeducazione Familiare
- Il *Problem Solving Training*
- Il *Training Metacognitivo*

Inoltre, le scienze comportamentali, focalizzate sui processi evolutivi delle persone, hanno dimostrato l'esistenza di alcune circostanze che rendono l'individuo più propenso al cambiamento: quando si trovano in contesti in cui è presente una relazione positiva, quando stabiliscono i loro obiettivi, quando vengono insegnate loro delle abilità e ricevono il supporto appropriato, quando hanno speranza per il futuro e credono nella propria *self-efficacy*¹⁴. Tutti elementi che, se presi in considerazione all'interno del percorso riabilitativo, possono agevolare e influenzare positivamente il processo di *Recovery* del soggetto (Corrigan P.W. 2016).

In un paragrafo dedicato al ruolo del TeRP nella residenzialità, non si può prescindere dal descrivere l'importanza della cooperazione del professionista all'interno dell'equipe Multidisciplinare. Qualunque sia il livello di intensità riabilitativa richiesto, il TeRP coopera con altri professionisti quali psicologi, psichiatri, terapisti occupazionali, educatori oss ecc., affinché il diverso bagaglio culturale di ognuno sia una risorsa per una presa in carico a 360° del paziente. I membri dell'equipe, affinché il percorso terapeutico risulti davvero efficace, devono costituirsi come elementi distinti ma complementari, per evitare sovrapposizioni ed errori⁵.

L'equipe multidisciplinare diviene in quest'ottica un'enorme risorsa, un gruppo di lavoro eterogeneo che collabora attuando interventi con il paziente e non sostituendosi ad esso. In questo modo, ognuno con i propri strumenti e la propria professionalità può lavorare seguendo una linea comune a tutta l'equipe: un approccio *Recovery Oriented*.

CAPITOLO 2. LA SODDISFAZIONE LAVORATIVA IN SALUTE MENTALE

2.1 Definizione di *Job Satisfaction*

Tra le varie definizioni di *Job Satisfaction* esistenti, quella di Locke è sicuramente tra le più conosciute e condivise. Egli definisce la soddisfazione lavorativa come: “uno stato emotivo piacevole che deriva dalla percezione che la propria attività lavorativa è in grado di soddisfare valori personali importanti connessi al lavoro. È una sensazione positiva o piacevole derivante dall’apprezzamento del proprio lavoro, dall’ottenimento di risultati e dalle esperienze legate al lavoro”¹⁵. Secondo una delle definizioni più accettate, dunque, la soddisfazione corrisponderebbe ad uno stato emotivo piacevole.

Essa, può essere influenzata dalla corrispondenza tra le aspettative e le percezioni del lavoratore. Ad esempio, quando le aspettative superano le percezioni, l’insoddisfazione è una delle conseguenze più probabili¹⁶.

Spector definisce la *Job Satisfaction* come “una sensazione globale relativa al lavoro o una costellazione di attitudini nei confronti di vari aspetti del lavoro”¹⁷, ma anche il livello in cui ad una persona piace il proprio impiego.

Ancora, Judge e collaboratori definiscono la soddisfazione in ambito lavorativo come un insieme di risposte psicologiche multidimensionali al proprio lavoro, le quali possiedono componenti cognitive e affettive (valutative ed emotive)¹⁸.

Si tratta, quindi, di un atteggiamento e per questo motivo può essere definita come la reazione valutativa verso un oggetto, sulla base di sentimenti, cognizioni e comportamenti (Judge T.A. 2009).

Pertanto, la soddisfazione in ambito organizzativo è concepita come composta da tre componenti:

- Cognitiva: l’opinione del lavoratore rispetto alla propria attività lavorativa;
- Affettiva: i sentimenti e le emozioni che l’individuo associa all’attività lavorativa;
- Comportamentale: le tendenze comportamentali del lavoratore verso il proprio lavoro (es: arrivare in orario, essere produttivi o al contrario assentarsi spesso ecc.)¹⁹.

Nonostante le numerose definizioni sviluppate nel corso degli anni, la letteratura sembra essere concorde nel considerare la soddisfazione lavorativa essenzialmente come l'attitudine di un lavoratore nei confronti del lavoro che svolge e riflette un sentimento piacevole se tale attività è in grado di soddisfare importanti valori personali (Barbaranelli et al. 2016).

Attualmente, per lo studio della *Job Satisfaction* si tende ad utilizzare principalmente due approcci: il *Global Approach*, che considera il sentimento globale riferito al lavoro ed il *Facet Approach* che intende la soddisfazione lavorativa come una costellazione di atteggiamenti correlati a vari aspetti e sfaccettature del lavoro.

Tali approcci, possono essere utilizzati anche contemporaneamente, per ottenere un quadro più completo sull'argomento. Tuttavia, si considera maggiormente funzionale l'utilizzo del *Facet Approach*, ai fini di una valutazione più dettagliata della soddisfazione lavorativa di una persona¹⁶.

Inoltre, non bisogna dimenticare che, da diversi autori, è stata ipotizzata l'esistenza di fattori antecedenti ed effetti della soddisfazione lavorativa.

Possiamo dividere gli antecedenti in due categorie:

1. L'ambiente lavorativo in sé e gli aspetti associati (ruoli, stress, retribuzione, conflitti lavoro-famiglia ecc.).
2. I fattori individuali che ogni individuo porta con sé sul posto di lavoro (esperienze, caratteristiche personali, tratti di personalità ecc.)

Per quanto riguarda gli effetti della *Job Satisfaction*, è stato ipotizzato che molti comportamenti del lavoratore sono l'effetto della sua soddisfazione o insoddisfazione lavorativa¹⁶.

Tali relazioni, esistenti tra soddisfazione lavorativa e comportamenti/caratteristiche del lavoratore verranno affrontate in modo più approfondito nel prossimo paragrafo, con particolare attenzione anche agli strumenti più utilizzati per la misurazione della *Job Satisfaction*.

2.2 Dati dalla letteratura e Scale di Valutazione

Il tema della soddisfazione lavorativa riveste un ruolo di rilievo sia nell'ambito della medicina del lavoro che nella psicologia delle organizzazioni.

Infatti, molti studi presenti in letteratura evidenziano come la soddisfazione lavorativa, nelle sue diverse sfaccettature, possa determinare considerevoli conseguenze sia a livello individuale che organizzativo²⁰.

Sul piano individuale, la *Job Satisfaction* sembra avere una particolare influenza sulla stima di sé, la motivazione, ma soprattutto, la salute sia fisica che mentale²¹.

Dal punto di vista organizzativo, invece, essa appare associata a diverse dimensioni occupazionali: è considerata di grande importanza nello studio del turnover²², nella performance lavorativa²³, ma è anche associata al grado di produttività e assenteismo²⁴.

Per questi motivi, valutare precisamente tale costrutto diviene una necessità sia per il lavoratore che per l'organizzazione di cui fa parte: per sviluppare strategie di intervento efficaci, infatti, è necessaria un'accurata rilevazione delle variabili oggetto di indagine, tramite precisi strumenti di misura.

Attualmente, se da un lato si rileva una diffusa volontà di approfondire gli aspetti legati alla soddisfazione lavorativa, dall'altro non vi è univocità rispetto alla definizione del costrutto stesso, né riguardo gli strumenti di misura da utilizzare (Faraci et al. 2019).

Infatti, ai diversi approcci teorici corrispondono altrettanti strumenti di valutazione che hanno avuto origine da essi²⁵.

Pertanto, la mancanza di un'unica definizione si ripercuote sull'efficacia e sulla condivisibilità degli strumenti di valutazione.

Il principale argomento di scontro sulle strategie di valutazione riguarda la dimensionalità della *job satisfaction*, anche se la letteratura sembra mostrare dati favorevoli all'approccio multidimensionale²⁶.

Una rassegna critica del 2019, ci fornisce un quadro generale e sintetico degli strumenti maggiormente in uso per la valutazione della soddisfazione lavorativa, classificati in strumenti single-item, strumenti unidimensionali e strumenti multidimensionali²⁶.

Nello specifico, l'analisi della letteratura effettuata dagli autori, mostra una grande varietà di strumenti utilizzabili. In particolare, sono state individuate 23 scale di autovalutazione della soddisfazione lavorativa. Tra queste, 7 scale rilevano la *job satisfaction* da un punto di vista globale mentre 14 sono degli strumenti di tipo multidimensionale (Faraci et al 2019).

Gli strumenti single-item sono considerabili vantaggiosi dal punto di vista del minor dispendio, sia in termini di tempo che di costi. La presenza di un solo item, infatti, riduce i tempi di somministrazione e il rischio di ambiguità, ponendosi come misura chiara agli occhi di chi vi si sottopone. Presentano, però, anche qualche limite di natura psicometrica: non è possibile valutare l'attendibilità dei punteggi in termini di coerenza interna²⁶.

Gli strumenti unidimensionali sono accomunati dall'obiettivo di valutare la soddisfazione lavorativa da un punto di vista globale, senza considerare aspetti specifici. L'unidimensionalità del costrutto sembrerebbe quasi del tutto superata e sostituita da una concezione di tipo multidimensionale.

Tuttavia, questa tipologia di misura può essere utile per avere dei *feedback* preliminari sui livelli generali di soddisfazione lavorativa, fornendo un'idea generale rispetto all'efficacia ed efficienza di un'organizzazione.

Generalmente tali strumenti sono composti da un ridotto numero di item, pertanto la somministrazione risulta utile e pratica²⁶.

Di seguito, si riporta una tabella riassuntiva (estrapolata dalla rassegna precedentemente citata) degli strumenti unidimensionali maggiormente utilizzati contenente caratteristiche formali e proprietà psicometriche di ognuno dei seguenti strumenti:

- Job Satisfaction Blank (JSB)
- Index of Job Satisfaction (IJS)
- Brief Index of Affective Job Satisfaction (BIAJS)
- Andrews and Withey Job Satisfaction Questionnaire
- Satisfaction with Job-General (SJ-G)
- Michigan Organizational Assessment Questionnaire Job Satisfaction Scale
- Job in General Scale (JIG)
- Abridged Job in General (AJIG)
- Global Self- Report Measure of Person – Job Fit (P-J Fit Scale)

Strumento	n° item	Formato di risposta	Attendibilità	Validità
Job Satisfaction Blank (JSB) <i>Hoppock (1935)</i>	4 item	Likert a 7 passi	Split-half: $r=.93$	Validità convergente con JDI: $.16 < r < .73$
Index of Job Satisfaction (IJS) <i>Brayfield e Rothe (1951)</i>	18 item (9 reverse)	Likert a 5 passi da "decisamente d'accordo" a "decisamente in disaccordo"	Split-half: $r=.87$	- Validità di criterio rispetto agli interessi personali (mean difference=11.5, $p<.01$) - Validità convergente con JSB: $r=.92$
Brief Index of Affective Job Satisfaction (BIAJS) <i>Thompson e Phua (2012)</i>	7 item	Likert a 10 passi accordo/ disaccordo	- Alpha di Cronbach: $.81 < \alpha < .83$ - Test-retest: $r=.57$	- Validità convergente con lo strumento di Judge, Boudreau e Bretz: $r=.74$ - Validità predittiva rispetto a: A) età: $r=.18$ B) durata dell'incarico: $r=.19$ C) benessere soggettivo: $r=.51$ D) identità organizzativa: $r=.49$
Andrews and Withey Job Satisfaction Questionnaire <i>Andrews e Withey (1976)</i>	5 item	Likert a 7 passi da "delighted" a "terrible"	Alpha di Cronbach: $\alpha=.81$	Validità convergente con: A) MSQ: $r=.70$ B) JDI: $r=.70$ C) OCQ: $r=.64$
Satisfaction with Job-General (SJ-G) <i>Dubinsky e Hartley (1986)</i>	5 item (2 reverse)	Likert a 7 passi accordo/ disaccordo	Alpha di Cronbach: $\alpha=.84$	Validità convergente con: A) JDI: $.22 < r < .68$ B) MSQ: $.56 < r < .58$
Michigan Organizational Assessment Questionnaire-Job Satisfaction Scale (MOAQ-JSS) <i>Cammann, Fichman, Jenkins e Klesh (1983)</i>	3 item (1 reverse)	Likert a 7 passi accordo/ disaccordo	- Alpha di Cronbach: $\alpha=.84$ - Test-retest: $r=.50$	Validità di costrutto con antecedenti, conseguenze e correlati della soddisfazione lavorativa: $-.13 < r < .77$

Fig. 1.2²⁶

Per quanto riguarda gli strumenti multidimensionali, l'idea che la soddisfazione lavorativa sia un costrutto multidimensionale è attualmente la prevalente, tuttavia, la più recente elaborata dagli studiosi.

Le difficoltà del considerare la soddisfazione lavorativa un costrutto multidimensionale, risiedono soprattutto nella scelta di quali e quanti indicatori considerare come dimensioni del costrutto.

Gli strumenti di misurazione che seguono questa recente ed efficace visione della *Job Satisfaction* risultano più corposi per la numerosità di item. La somministrazione, quindi, richiede un maggiore impegno temporale.

Allo stesso tempo la presenza di più sottoscale offre la possibilità di individuare, in maniera maggiormente dettagliata, quali elementi incidono maggiormente sui livelli di soddisfazione del lavoratore. In questo modo, è possibile individuare gli aspetti specifici che generano insoddisfazione e agire su di essi in maniera mirata, facilitando l'intervento²⁶.

In un'ottica multidimensionale, i contenuti più frequentemente presentati in queste scale riguardano la sfera estrinseca della soddisfazione lavorativa: rapporto con i colleghi, paga, opportunità di promozioni.

I domini meno presenti, invece, riguardano degli aspetti più intrinseci come l'utilizzo delle proprie capacità e abilità e il riconoscimento dei risultati raggiunti.

Di seguito, si riporta una tabella riassuntiva (estrapolata dalla rassegna precedentemente citata) degli strumenti multidimensionali maggiormente utilizzati contenente caratteristiche formali e proprietà psicometriche di ognuno dei seguenti strumenti:

- Job Descriptive Index (JDI)
- Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ)
- Job Satisfaction Survey (JSS)
- Job Diagnostic Survey (JDS)
- Occupational Stress Inventory (OSI)
- Questionario di Soddisfazione Lavorativa (QSL)
- Worker Opinion Survey (WOS)
- Emergency Physician Job Scale (EPJS)
- Mc Closkey/ Muller Satisfaction Scale (MMSS)
- Measure of Job Satisfaction (MJS)
- Caregiver Survey
- The Nurse Satisfaction Scale (NSS)
- Scala di Soddisfazione Lavorativa

Strumento	n° item Scale	Formato di risposta	Attendibilità	Validità
Job Descriptive Index (JDI) <i>Smith, Kendal e Hulin (1969)</i>	72 item 5 scale: lavoro in sé, supervisione, colleghi, promozioni, retribuzione	3 alternative di risposta: "si", "no", "?"	- Alpha di Cronbach: $.77 < \alpha < .90$ - Test-retest: $.56 < r < .67$	Validità convergente e discriminante con: A) SJ-G: $.22 < r < .68$ B) MSQ: $.05 < r < .53$
Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ) <i>Weiss, Dawis, England e Lofquist (1967)</i>	100 item 20 scale: utilizzo delle abilità, risultati, attività, avanzamento, autorità, politiche aziendali, paga, colleghi, creatività, indipendenza, valori morali, riconoscimento, sicurezza, servizio sociale, status sociale, supervisione relazioni umane, supervisione tecnica, varietà, condizioni di lavoro, responsabilità	Likert a 5 passi da "molto insoddisfatto" a "molto soddisfatto"	- Alpha di Cronbach: $.78 < \alpha < .93$ - Test-retest: $.66 < r < .91$	Validità concorrente rispetto all'occupazione: $F(24)=19.51, p < .001$
Minnesota Satisfaction Questionnaire-Short Form (MSQ-SF) <i>Weiss, Dawis, England e Lofquist (1967)</i>	20 item 2 scale: soddisfazione intrinseca e soddisfazione estrinseca + un fattore globale di soddisfazione generale	Likert a 5 passi da "molto insoddisfatto" a "molto soddisfatto"	- Alpha di Cronbach: $\alpha = .90$ (soddisfazione generale) $\alpha = .86$ (soddisfazione intrinseca) $\alpha = .80$ (soddisfazione estrinseca) - Test-retest: $.70 < r < .80$	Validità di costruito con: A) SJ-G: $.56 < r < .58$ B) JDI: $.05 < r < .53$
Job Satisfaction Survey (JSS) <i>Spector (1985)</i>	36 item 9 scale: paga, promozione, supervisione, benefici, ricompense, procedure operative, colleghi, natura del lavoro, comunicazione	Likert a 6 passi da "molto in disaccordo" a "molto d'accordo"	- Alpha di Cronbach: $\alpha = .91$ - Test-retest: $r = .71$	Validità convergente con JDI: $.61 < r < .80$

(segue)

Fig 1.3²⁶

Strumento	n° item Scale	Formato di risposta	Attendibilità	Validità
Job Diagnostic Survey (JDS) <i>Hackman e Oldham (1975)</i>	83 item (21 reverse) 19 scale: varietà delle abilità, identità del compito, significato del compito, autonomia, feedback dal lavoro, feedback dagli altri, rapporti con gli altri, significatività del lavoro, responsabilità, conoscenza dei risultati, soddisfazione generale, motivazione intrinseca, sviluppo professionale, sicurezza lavorativa, ricompense economiche, rapporto con i colleghi, supervisione, "mi piacerebbe", scelta lavorativa	Likert a 7 passi S1: da "pochissimo" a "moltissimo" S2: da "molto inaccurato" a "molto accurato" S3 e S5: da "fortemente in disaccordo" a "fortemente d'accordo" S4: da "estremamente insoddisfatto" a "estremamente soddisfatto" S6: da "moderatamente" a "estremamente" Likert a 5 punti S7: da "preferisco fortemente la A" a "preferisco fortemente la B"	Correlazioni inter item: $.56 < r < .88$	Validità discriminante tra gli item appartenenti alle diverse scale: $.12 < r < .28$
Scala della Soddisfazione Lavorativa dell'Occupational Stress Inventory (OSI) <i>Cooper, Sloan e Williams (1988)</i>	22 item 5 scale: soddisfazione per la carriera, soddisfazione per il lavoro stesso, soddisfazione per l'impostazione e la struttura organizzativa, soddisfazione per i processi organizzativi, soddisfazione per le relazioni interpersonali	Likert a 6 passi da "estremamente soddisfacente/i" a "estremamente insoddisfacente/i"	Split-half: $.59 < r < .77$	Buona validità di facciata
Questionario di Soddisfazione Lavorativa (QSL) <i>Faraei e Valentini (2016)</i>	27 item (2 reverse) 6 scale: sviluppo professionale e utilizzo capacità, guadagni economici, condizioni di lavoro, utilità del lavoro, relazioni con i colleghi, riconoscimento dei risultati	Likert a 4 passi da "assolutamente in disaccordo" a "assolutamente d'accordo"	Alpha di Cronbach: $.73 < \alpha < .86$	- Validità concorrente con OSI-SL: $.70 < r < .77$ - Validità convergente con: A) SWLS: $r = .25$ B) RSES: $r = .24$ C) MSPSS-Famiglia: $r = .20$ D) MSPSS-Altri significativi: $r = .24$ - Validità discriminante con BDI: $r = -.37$
Worker Opinion Survey (WOS) <i>Cross (1973)</i>	48 item (24 reverse) 6 scale: promozione, retribuzione, lavoro in sé, colleghi, superiori, organizzazione complessiva	3 alternative di risposta: "sì", "no", "forse"	Kuder-Richardson: $.71 < KR < .86$	- Validità convergente con il JSB: $r = .60$ - Elevata validità di facciata

Fig. 1.4²⁶

Strumento	n° item Scale	Formato di risposta	Attendibilità	Validità
Emergency Physician Job Satisfaction Scale (EPJS) <i>Lloyd, Streiner, Hahn e Shannon (1994)</i>	79 item 6 scale: autonomia amministrativa, autonomia clinica, risorse, relazioni sociali, rapporto vita privata/lavoro, sfide	Likert a 7 passi da "decisamente in disaccordo" a "decisamente d'accordo"	- Alpha di Cronbach: $\alpha=.81$ - Test-retest: $r=.83$	- Validità convergente con: A) SJ-G: $r=.69$ B) IJS: $r=.58$ - Validità discriminante con: A) SWLS: $r=.42$ B) CES-D: $r=-.42$ C) MBI-PA: $r=.39$
McCloskey/Mueller Satisfaction Scale (MMSS) <i>Mueller e McCloskey (1990)</i>	31 item 8 scale: ricompense estrinseche, possibilità di programmazione o pianificazione, vita lavorativa/vita personale, colleghi, interazioni, opportunità professionali, lodi/riconoscimenti, controllo/responsabilità	Likert a 5 passi da "molto insoddisfatto" a "molto soddisfatto"	Alpha di Cronbach: $\alpha=.89$	Validità convergente con: A) JDS: $.53 < r < .75$ B) IJS: $r=.41$
Measure of Job Satisfaction (MJS) <i>Traynor e Wade (1993)</i>	38 item 5 scale: soddisfazione personale, carico di lavoro, supporto personale, salario, prospettive e formazione	Likert a 5 passi da "molto soddisfatto" a "molto insoddisfatto"	- Alpha di Cronbach: $\alpha=.93$ - Test-retest: $r=.89$	Validità convergente con la misura di Price Waterhouse: $r=.83$
Caregiver Survey <i>Morgan, Sherlock e Ritchie (2010)</i>	15 item 3 scale: soddisfazione lavorativa, supervisione, ambiente lavorativo	Likert a 5 passi accordo/disaccordo	Alpha di Cronbach: $.74 < \alpha < .93$	Validità strutturale attraverso analisi fattoriale esplorativa e confermativa
The Nurse Satisfaction Scale (NSS) <i>Ng (1993)</i>	24 item (11 reverse) 7 scale: amministrazione, colleghi, carriera, cura del paziente, supervisione, formazione, comunicazione	Likert a 7 passi da "per nulla d'accordo" a "decisamente in disaccordo"	- Alpha di Cronbach: $\alpha=.84$ - Test-retest: $r=.75$	- Validità convergente con OCS: $r=.64$ - Validità predittiva rispetto al turnover: $t=3.59, p<.001$
Scala di soddisfazione lavorativa <i>Argentero e Ferretti (2006)</i>	16 item 4 scale: ricompense, informazioni, superiori, sviluppo	Likert a 5 passi da "per nulla d'accordo" a "pienamente d'accordo"	Alpha di Cronbach: $.74 < \alpha < .86$	- Validità convergente: saturazioni degli item - Validità discriminante: intercorrelazioni tra le scale

Fig. 1.5²⁶

Un limite riscontrato in tutte le scale esaminate, secondo gli autori della rassegna, è la mancanza di controllo della desiderabilità sociale e il margine legato al rischio di falsificabilità delle risposte. Pertanto, si suggerisce l'utilizzo di tali strumenti con cautela e si raccomanda la somministrazione di ulteriori strumenti di indagine, accertandosi sempre di condurre interviste e colloqui programmati e organizzati in modo specifico per ogni situazione (Faraci et al. 2019).

Va anche considerato che gli strumenti con molti item sono i più soggetti al fenomeno del *response set*. Tale fenomeno legato alla tendenza a fornire risposte in modo meccanico e stereotipato, senza soffermarsi sul significato delle domande può essere arginato dalla presenza di *item reverse*. Per questo, la presenza di tali item è considerabile come criterio di preferenza nella scelta di uno strumento di valutazione (Faraci et al 2019).

In generale, gli strumenti elencati consentono, con diversi livelli di specificità, di rilevare varie sfaccettature della soddisfazione lavorativa identificando i fattori da cui possono derivare effetti disfunzionali. Utilizzare tali strumenti, significa fornire una valutazione adeguata che può consentire di articolare delle azioni di intervento mirate e preventive, utili a favorire il benessere psicofisico dei lavoratori e a promuovere la salute dei contesti organizzativi.

CAPITOLO 3. LO STUDIO: INDAGINE SULLA SODDIFAZIONE LAVORATIVA ED IL RUOLO DEL TERP NELLA RESIDENZIALITÀ IN SALUTE MENTALE

3.1 Obiettivo dello studio

Il nostro studio nasce dalla volontà di produrre una fotografia che potesse descrivere e rappresentare, nel modo più dettagliato possibile, l'odierna situazione relativa alla figura professionale del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica all'interno del contesto residenziale italiano, sia pubblico che privato.

Da studi effettuati per la strutturazione del Core Competence del TeRP è emerso che nella pratica quotidiana, lavorare rispettando i profili professionali e le varie competenze specifiche dei membri dell'equipe, coordinandosi con un approccio Recovery Oriented, spesso risulta difficoltoso.

La causa può essere attribuita ad una serie di problematiche tipiche e ricorrenti nel contesto residenziale come, ad esempio, l'ottica del "tutti fanno tutto o quasi"(Famulari et al.2019). In prima analisi questo approccio potrebbe sembrare utile per una collaborazione e aiuto tra membri dell'equipe; in realtà, non delineare precisamente ruoli e confini può produrre confusione e/o sovrapposizione degli stessi. Questa situazione di stallo, presente all'interno dei singoli servizi residenziali per la Salute Mentale, influisce negativamente sulla possibilità di fornire un servizio terapeutico-riabilitativo efficiente ed efficace⁷.

Le difficoltà sopraelencate influiscono sicuramente sulla percezione che il lavoratore ha del proprio impiego, sia da un punto di vista qualitativo che quantitativo.

Pertanto, l'obiettivo dello studio consiste nell'indagare il ruolo effettivo ricoperto dal TeRP, all'interno delle diverse strutture residenziali nell'ambito della Salute Mentale, valutando il conseguente grado di *job satisfaction* percepito da tali professionisti.

3.2 Materiali e Metodi

Per realizzare lo studio, è stato utilizzato un questionario suddiviso in due parti:

- Una prima parte composta da una serie di domande chiuse a risposta multipla, alternate a domande aperte.
- Una seconda parte composta da un questionario specifico sulla soddisfazione lavorativa, già precedentemente validato.

Nello specifico, la prima parte è a sua volta suddivisa in tre sezioni.

Nella prima sezione del questionario è osservabile una prima serie di domande relativa alla tipologia di struttura in cui si svolge il proprio lavoro, alla regione di appartenenza e alla turnazione del TeRP.

La seconda sezione indaga la differenziazione professionale nelle strutture residenziali ed il rispetto delle competenze core del professionista.

Nella terza sezione si procede ad indagare il lavoro in equipe multidisciplinare, ponendo l'attenzione in particolare sull'integrazione del TeRP all'interno della stessa.

La seconda parte, invece, è stata sviluppata utilizzando la *Job Satisfaction Survey* (JSS), strumento di indagine della soddisfazione lavorativa ideato e validato da Paul Spector nel 1985²⁷. La JSS è uno strumento multidimensionale originariamente sviluppato per il settore dei servizi sociali, ma applicato successivamente anche a differenti contesti lavorativi.

Si tratta di una scala composta da un totale di 36 item strutturata in nove sottoscale, ognuna delle quali è costituita da quattro item. Ogni sottoscala, indaga una dimensione specifica del lavoro:

1. Paga
2. Promozione
3. Supervisione
4. Benefici
5. Procedure operative
6. Ricompense contingenti
7. Comunicazione
8. Natura del lavoro
9. Colleghi

Ogni item è realizzato con scala Likert a sei passi, da 1 che corrisponde alla dicitura “molto in disaccordo” a 6 che corrisponde a “molto d’accordo”.

Data la presenza di molti *reverse item*, circa la metà dei punteggi deve essere valutata al contrario.

Il livello di soddisfazione globale è dato dalla somma di tutti i punteggi attribuiti ai 36 item.

Le proprietà psicometriche dello strumento risultano adeguate, elevato il livello di coerenza interna²⁶.

La scelta di questa scala per la realizzazione dello studio dipende da una serie di fattori e caratteristiche attribuibili alla stessa. La JSS, infatti, oltre ad essere uno strumento multidimensionale è anche uno dei più brevi tra gli appartenenti a questa categoria e, perciò, facile da somministrare. Presenta, inoltre, una serie di *item reverse* che contribuiscono a rendere la scala attendibile e meno soggetta al fenomeno del *response set*.

Per quanto riguarda la letteratura esistente, la Job Satisfaction Survey risulta utilizzata in una serie di studi sulla soddisfazione lavorativa nell’ambito della Salute Mentale e nelle professioni d’aiuto, nel contesto culturale americano e non solo.

Infatti, l’adattamento italiano (a cura di Pasquale Caponnetto et al. 2018) è stato già utilizzato dagli autori per valutare la soddisfazione lavorativa di professionisti della Salute Mentale.

Il questionario sopradescritto (consultabile in Appendice) è stato somministrato dal mese di Settembre a Novembre 2020, ad un campione di centocinquantanove Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica provenienti da diverse regioni d’Italia.

I criteri di inclusione del campione sono stati i seguenti:

- Professione: Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
- Svolgere il proprio lavoro all’interno di una Struttura Residenziale.

Nello specifico, per realizzare il questionario in entrambe le sue parti è stato utilizzato il software Google Moduli; è stato poi divulgato in modalità telematica, tramite piattaforme social come Telegram, Facebook e Whatsapp.

Per analizzare i risultati, sono stati utilizzati diversi strumenti a seconda della tipologia dei dati.

Per le risposte aperte, si è scelto di calcolare le parole utilizzate con una maggiore frequenza, rappresentandole successivamente in un grafico WordCloud.

Questa tipologia di grafico, infatti, risulta essere molto utile in tal caso, poiché mette in risalto l'importanza delle parole più utilizzate raffigurandole con una grandezza maggiore rispetto alle altre che appaiono nello sfondo.

Per le restanti domande, si è scelto di suddividere il campione in base a diverse categorie: Regione di provenienza, tipologia di Struttura in cui si esercita la propria professione e Ambito Sanitario di appartenenza.

Essendo i campioni non omogenei per numerosità, al fine di effettuare un confronto omogeneo e riscontrare eventuali differenze legate al ruolo e alla soddisfazione lavorativa del campione analizzato, è stata effettuata la media aritmetica di ogni categoria. Successivamente, tali risultati sono stati raffigurati in grafici a barre, per poter ottenere una lettura dei dati maggiormente agevole ma allo stesso tempo dettagliata.

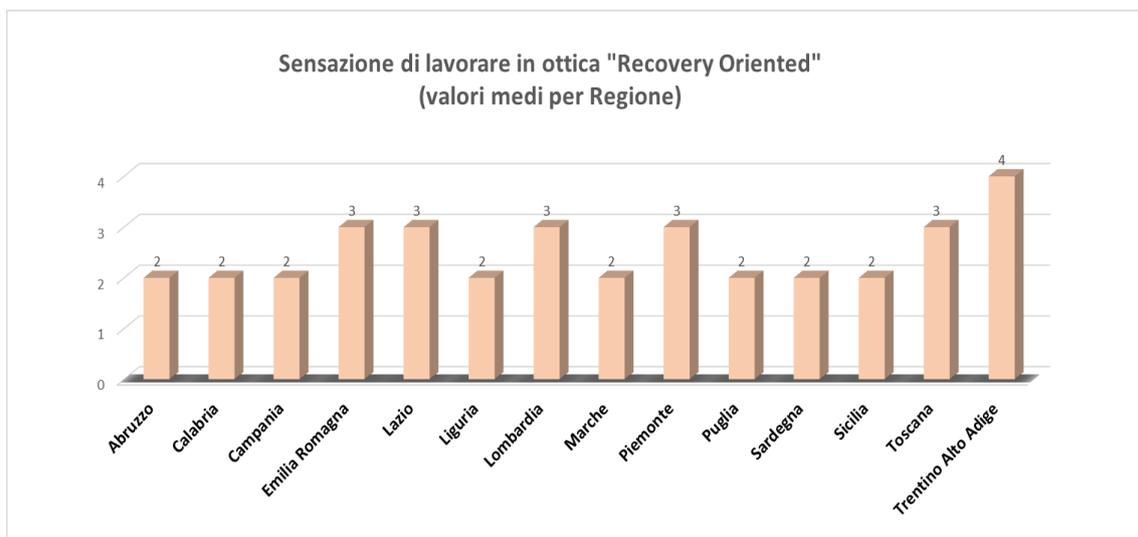
3.3 Analisi dei Risultati

Come già affermato nel precedente paragrafo si è scelto di suddividere il campione in base a diverse categorie: Regione di provenienza, tipologia di Struttura in cui si esercita la propria professione e Ambito Sanitario di appartenenza.

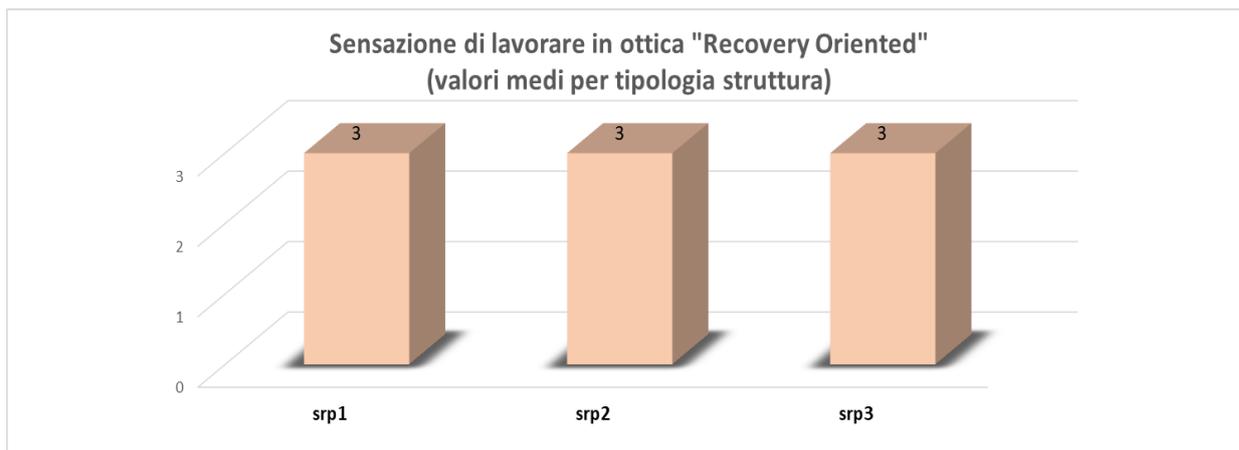
Essendo i campioni non omogenei per numerosità, al fine di effettuare un confronto omogeneo e riscontrare eventuali differenze legate al ruolo e alla soddisfazione lavorativa del campione analizzato, è stata effettuata la media aritmetica di ogni categoria. I risultati di tale analisi sono rappresentati in grafici a barre, realizzati tramite l'utilizzo del software Excel.

Questa modalità di analisi dei dati è stata scelta sia per elaborare dei risultati relativi al questionario sulla *Job Satisfaction*, sia per la prima parte del questionario da Noi elaborata, escludendo, però, le domande a risposta aperta. I dati relativi a queste ultime, infatti, sono stati analizzati e rappresentati tramite l'utilizzo di grafici WordCloud con l'obiettivo di mettere in risalto le parole utilizzate dagli intervistati con maggiore frequenza.

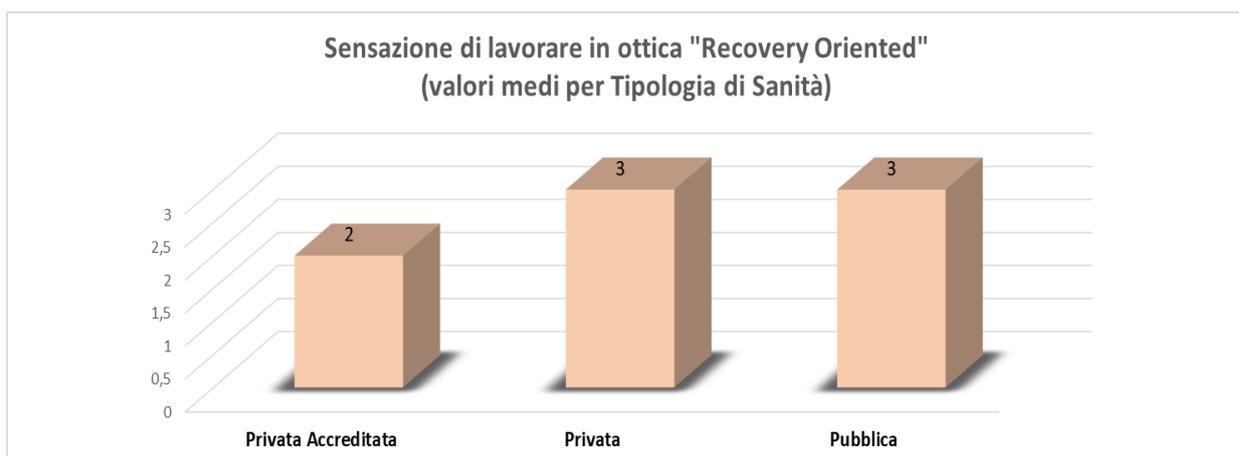
I seguenti tre grafici mettono in evidenza le risposte alla domanda “Senti di lavorare in ottica Recovery Oriented”? Tale domanda, prevede la possibilità di rispondere scegliendo tra cinque opzioni: 1 Per nulla, 2 Poco, 3 Abbastanza, 4 Molto, 5 Completamente.



Si osserva che, su quattordici regioni presenti sul grafico, i lavoratori appartenenti a otto di esse hanno dato la risposta “poco”, in altre 5 regioni la risposta è stata “ Abbastanza”. Soltanto nella regione Trentino-Alto Adige si ha una risposta uguale a “Molto”.



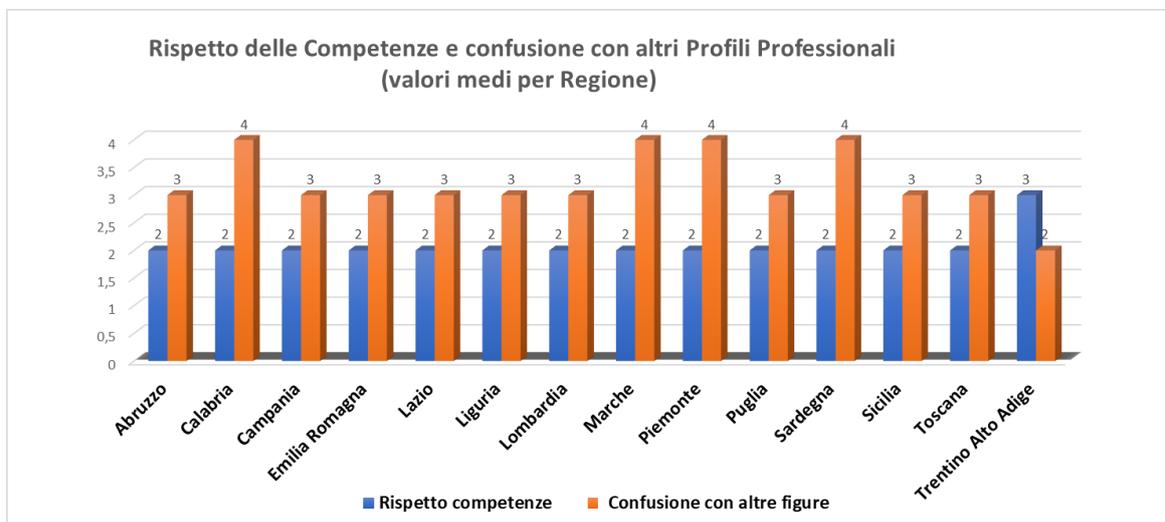
Osservando le risposte dal punto di vista delle diverse tipologie di strutture residenziali, non emergono differenze rispetto alla percezione del TeRP di lavorare in ottica Recovery Oriented. In ognuna di esse, infatti, la risposta a tale domanda è stata “Abbastanza”.



Al contrario, osservando le risposte dividendo il campione in base all'appartenenza al settore sanitario privato-accreditato / Privato/ Pubblico, si osserva che nel primo caso la risposta media data è uguale a “poco”, mentre nei restanti due settori la risposta media risulta essere “Abbastanza”.

Le risposte ottenute dal campione sull'approccio Recovery Oriented sono in linea con la letteratura scientifica presente. Uno Studi condotto su operatori appartenenti a servizi dedicati alla Salute Mentale, ha identificato che molti Professionisti hanno difficoltà ad articolare esempi di pratica quotidiana Recovery Oriented (Le Boutillier et all.2015). Il personale intervistato, infatti, sembra identificare più facilmente barriere che facilitatori che sostengano un lavoro strutturato in ottica di Recovery del paziente^{28,29}.

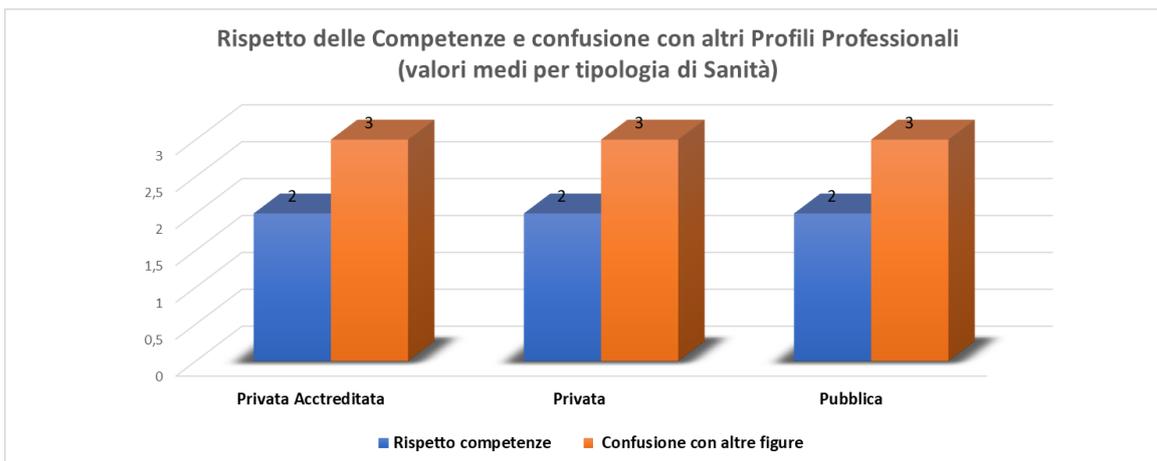
I seguenti grafici fanno riferimento alle domande “Nel luogo in cui lavori, ritieni che vengano rispettate le Competenze Core del TeRP?” (colonna azzurra) e “Ritieni di essere confuso con altre figure Riabilitative e/o Assistenziali?” (colonna arancione)



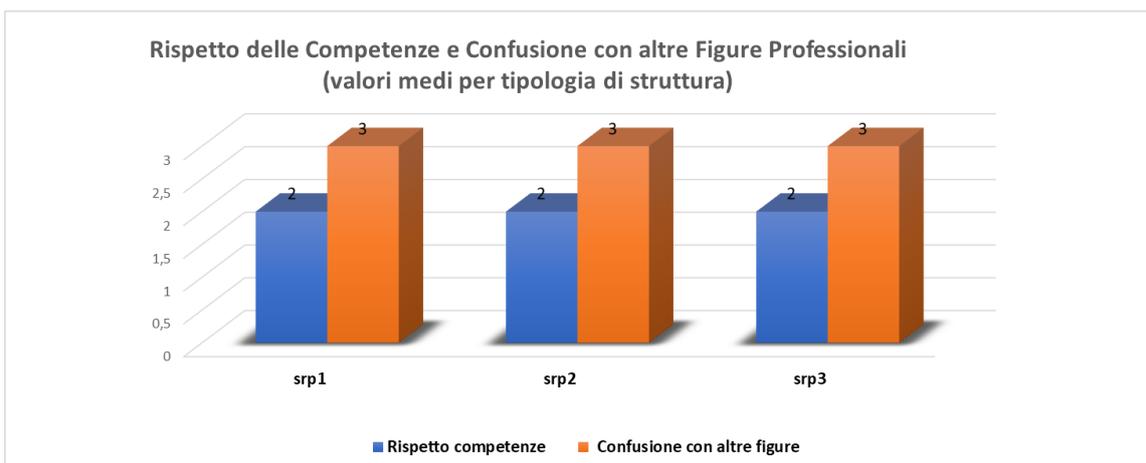
Osservando il grafico, soffermandosi sulle colonne azzurre relative alla domanda sul rispetto delle competenze, si apprende che la risposta data da tutti i TeRP nelle diverse regioni è “poco” . Unica eccezione è rappresentata dal Trentino- Alto Adige, dove è possibile osservare la risposta “abbastanza”.

Allo stesso tempo, osservando le colonne arancioni relative alla domanda sull’essere confusi con altre figure professionali, è possibile notare che in nove regioni la risposta è stata “Abbastanza”, in quattro regioni “Molto” . Anche in questo caso, l’unica eccezione è rappresentata dalla regione Trentino- Alto Adige

Tali risposte mettono in evidenza come, nelle diverse regioni, si abbia la medesima percezione che il TeRP sia spesso confuso con altre figure professionali e che allo stesso tempo non vi sia un adeguato rispetto delle Competenze Core del TeRP.



Osservando le medesime domande dal punto di vista dei diversi settori sanitari non risultano differenze rilevanti. In tutti i settori, infatti, i TeRP intervistati rispondono “poco” alla domanda relativa al rispetto delle competenze e “Abbastanza” alla domanda sull’essere confusi con altri profili professionali afferenti all’area riabilitativa e/o assistenziale.



Anche in questo caso, osservando le risposte del campione intervistato e suddividendole in base alla tipologia di struttura residenziale, non si nota nessuna differenza. Tutti gli intervistati, infatti, a prescindere dal luogo di lavoro in cui esercitano, hanno risposto “poco” alla domanda sul rispetto delle competenze specifiche e “abbastanza” alla domanda sull’essere confusi con altri professionisti.

I seguenti WordCloud rappresentano la sintesi dei dati ottenuti da quattro domande aperte presenti sul questionario somministrato.

1° domanda aperta:

Ritieni di essere confuso con altre Figure Professionali? Quali nello specifico?



Il WordCloud evidenzia che la parola utilizzata con maggiore frequenza per rispondere alla suddetta domanda è stata “OSS”, ovvero, Operatore Socio-sanitario. Pertanto, osserviamo la parola al centro del grafico e con una grandezza superiore al resto delle altre, che rappresentano lo sfondo del grafico. Meno frequenti sono le parole, più piccole verranno rappresentate all’interno della “nuvola”.

È interessante soffermarsi su come una figura afferente all’area riabilitativa come il TeRP, affermi di essere frequentemente confuso con un profilo professionale totalmente diverso, afferente all’area assistenziale.

2° domanda aperta:

Ritieni che ti vengano affidate attività non aderenti al tuo profilo professionale? Quali nello specifico?



In modo analogo al grafico precedente, la parola utilizzata con maggiore frequenza per rispondere alla domanda proposta è stata: Assistenza. Anche in questo caso, in accordo con la domanda precedente, i TeRP intervistati riferiscono di trovarsi spesso a dover svolgere attività di tipo assistenziale come il servizio del vitto o la pulizia di ambienti, ma anche la somministrazione della terapia farmacologica. Attività che non rientrano nel Profilo Professionale del TeRP delineato dal D.M. 182/2001, né nel Core Competenza ufficialmente definito e pubblicato nel 2019.

Inoltre, è importante sottolineare che, per una figura professionale specifica della Riabilitazione, effettuare assistenza consiste nel non poter portare avanti il lavoro teso al recupero delle autonomie del paziente. Assistere, infatti, spesso si traduce nel sostituirsi al paziente in attività per lui difficoltose. Al contrario, il ruolo del Riabilitatore consiste proprio nell'affiancare e supportare il paziente nel recupero graduale delle proprie capacità, stimolando lo sviluppo di strategie funzionali alle diverse situazioni e perseguendo degli obiettivi precisamente strutturati e concordati.

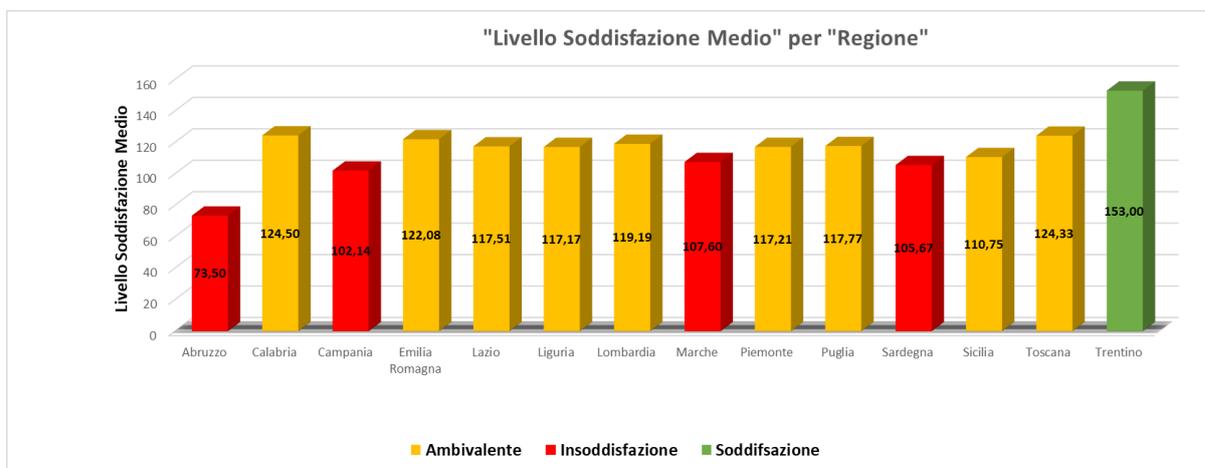
Di seguito, si elencano una serie di risposte considerate particolarmente interessanti, ottenute dalla somministrazione della suddetta domanda.

“mi trovo a fare qualunque cosa, dal cambiare le lenzuola alla somministrazione della terapia farmacologica”
“servire il vitto, cambiare la biancheria, fare la doccia al paziente”
“tutto, tutti fanno tutto in base alle necessità giornaliere del reparto”
“assistenza al paziente, dall’igiene personale all’idratazione/alimentazione assistita, pulizia degli ambienti, sporzionamento del vitto”
“Sostituirmi al paziente nell’effettuare attività potenzialmente riabilitative, per mancanza di tempo e risorse. In questo modo viene meno il rispetto delle specificità professionali”
“imboccare, accompagnare pazienti a fare visite mediche perché non autonomi nella deambulazione, varie ed eventuali”
“Mi viene spesso chiesto di inventare gruppi e modi per Animare il reparto e far Divertire i pazienti che si annoiano!”

I seguenti grafici rappresentano i livelli medi di soddisfazione lavorativa campione, osservato nelle sue tre sottocategorie in cui è stato diviso.

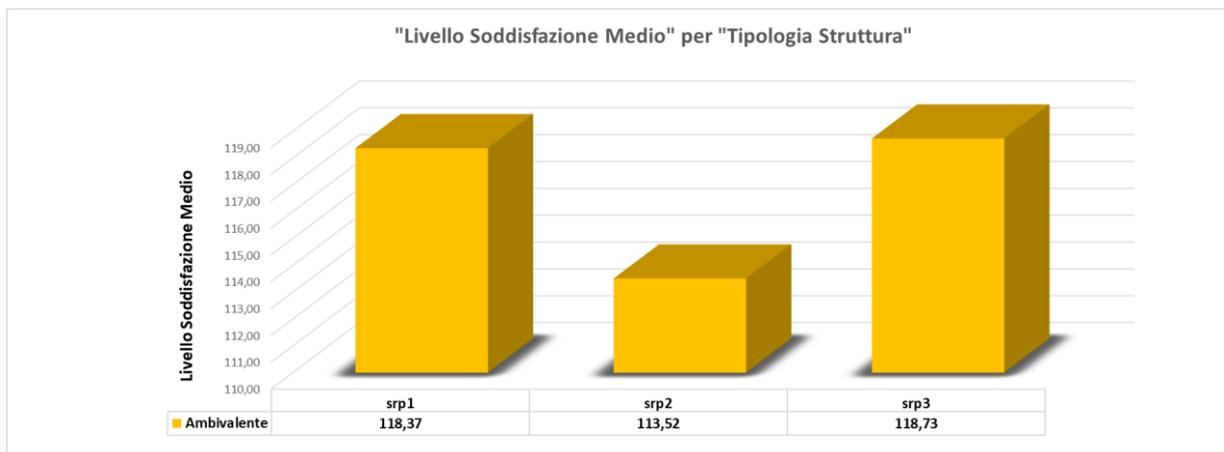
Tali dati, sono stati ottenuti grazie alla somministrazione della *Job Satisfaction Scale*, che permette di individuare tre diversi livelli di soddisfazione lavorativa percepita:

- Soddisfazione (punteggio totale da 36 a 108)
- Ambivalenza (punteggio totale da 108 a 144)
- Insoddisfazione (punteggio totale da 144 a 216).

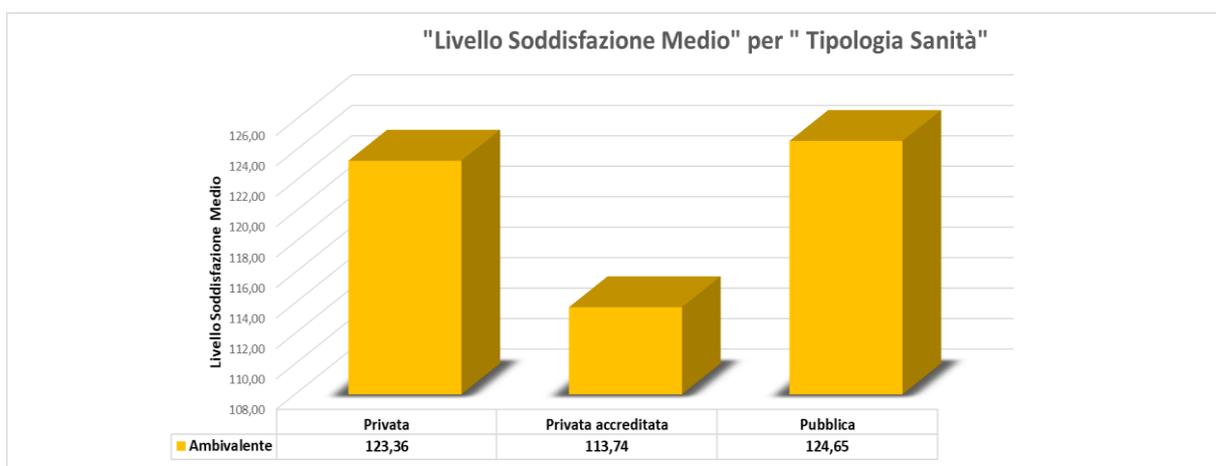


Il grafico evidenzia che, attualmente, il livello generale di *Job Satisfaction* percepita dai TeRP sul territorio italiano è medio-basso. Più del 50% delle medie regionali, infatti, risulta essere equivalente ad una situazione di Ambivalenza. Inoltre, in Abruzzo, Campania, Marche e Sardegna, si osserva un punteggio medio alla JSS riconducibile ad una situazione di Insoddisfazione lavorativa.

Unica eccezione, come nel caso del grafico relativo all'approccio Recovery Oriented, è rappresentata dal Trentino-Alto Adige, unica regione ad aver ottenuto un punteggio medio che rientra nel range della Soddisfazione per il proprio impiego.



Osservando la soddisfazione lavorativa media dal punto di vista delle diverse strutture residenziali presenti sul territorio, non risultano esserci differenze tra strutture ad alta, media e leggera intensità Riabilitativa. In tutti e tre gli ambienti, infatti, i TeRP hanno ottenuto un punteggio medio di *Job Satisfaction* uguale ad una situazione di Ambivalenza rispetto alla loro condizione lavorativa.



Allo stesso modo. I livelli medi di *Job Satisfaction* nelle diverse tipologie di Sanità non mostrano differenze. Sia nel Pubblico, nel Privato che nel settore Privato Accreditato, la correzione della JSS ha fornito un risultato di tipo Ambivalente.

Di seguito, si inseriscono dei grafici relativi a due sottoscale appartenenti alla Job Satisfaction Survey:

- Paga
- Promozione.

Si è deciso di effettuare un focus su queste sottoscale in particolare, poiché, la questione relativa al pagamento delle figure della Riabilitazione risulta da sempre particolarmente spinosa. Inoltre, soprattutto nell'ambito della Salute Mentale, la possibilità di un TeRP di ricoprire ruoli di Coordinamento e/o Dirigenza sembra essere remota.

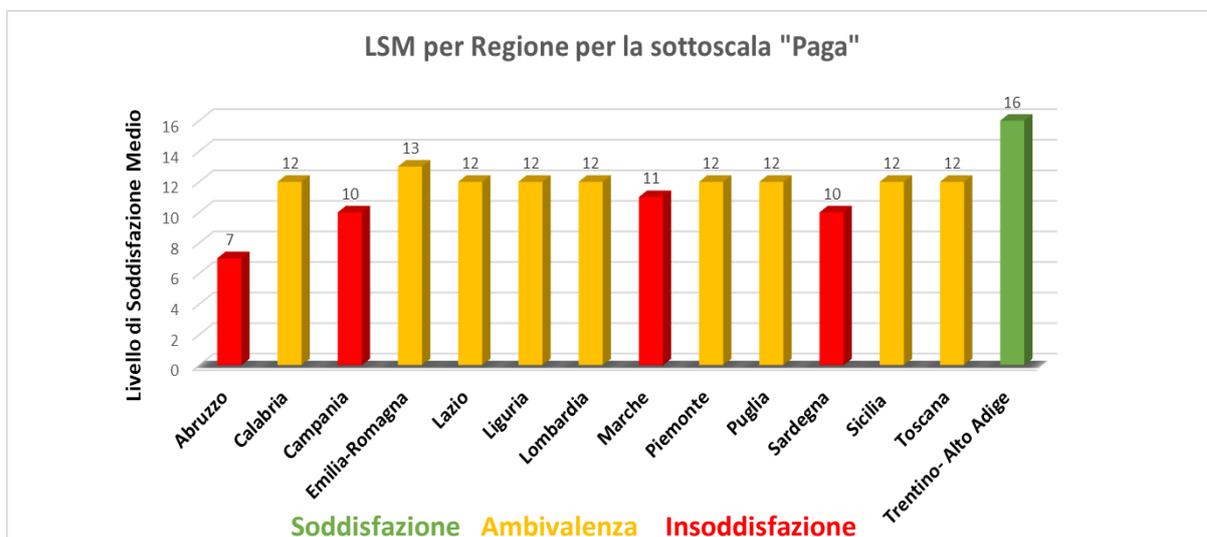
Questi aspetti si correlano negativamente con la percezione globale della propria Soddisfazione lavorativa, influenzando sul punteggio globale della stessa.

Le sottoscale della JSS vengono così interpretate:

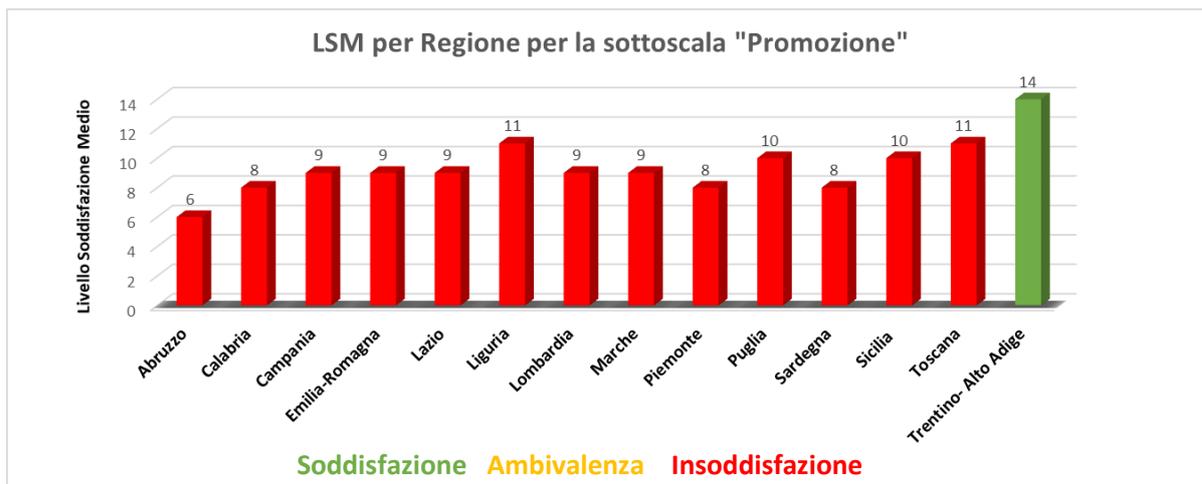
Insoddisfazione (per un punteggio da 4 a 11)

Ambivalenza (per un punteggio da 12 a 15)

Soddisfazione (per un punteggio da 16 a 24)

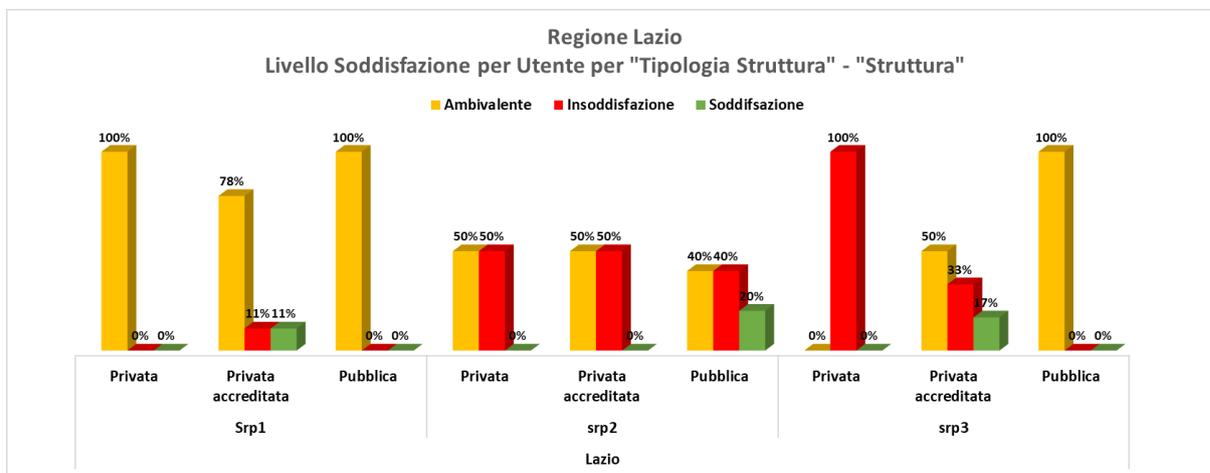


Ancora una volta, in maniera analoga ai grafici precedenti, osserviamo un livello di soddisfazione prevalentemente Ambivalente. Le regioni Abruzzo, Campania, Marche e Sardegna ancora una volta risultano avere un valore medio corrispondente all'Insoddisfazione; il Trentino-Alto Adige conferma nuovamente la sua controtendenza, con un valore medio corrispondente alla Soddisfazione riguardo alla Paga ricevuta per il lavoro svolto.



Particolarmente interessante il grafico relativo alla “Promozione”. Questa sottoscala, infatti, su tutto il territorio nazionale riceve dei punteggi molto bassi. Pertanto, tutte le regioni italiane hanno un punteggio medio corrispondente all’Insoddisfazione per questa specifica area del proprio lavoro. L’unica eccezione, come per il resto delle indagini svolte, risulta essere il Trentino- Alto Adige; anche in questo caso i TeRP di questa regione esprimono un giudizio positivo rispetto alle possibilità di ottenere delle promozioni durante la propria carriera.

Nella categoria “Regioni”, il Lazio risulta il campione più ampio più numeroso rispetto agli altri, pertanto, si propone di seguito un grafico maggiormente dettagliato sui livelli di *Job Satisfaction*.



È osservabile il livello di soddisfazione lavorativa dei singoli lavoratori, divisi per tipologia di struttura. A loro volta, le strutture sono state suddivise in pubbliche, private e private-accreditate. Anche in questo caso, la percentuale di soggetti che hanno ottenuto un punteggio elevato alla JSS è molto basso (inferiore al 20% del campione totale). Pressappoco equivalenti, invece, i Professionisti con punteggio “Ambivalente” e “Insoddisfazione”.

3.4 Discussione dei Risultati

La percezione del lavoro in ottica Recovery Oriented risulta medio-basso, su tutto il territorio italiano ad eccezione del Trentino.

Come precedentemente affermato, questi dati risultano in accordo con la letteratura esistente sull'argomento. Nonostante sia ormai ampiamente condivisa l'idea del recupero di autonomia della persona attraverso un percorso che considera il soggetto nella sua totalità, a 360°, il divario di conoscenze resta uno dei maggiori ostacoli all'attuazione pratica di tali principi; unito alla mancanza di comprensione condivisa di cosa significhi recupero in pratica e come può essere supportato al meglio^{29,31}.

Allo stesso modo, anche le competenze specifiche del TeRP risultano poco rispettate in maniera omogenea su tutto il territorio, ad eccezione del Trentino. Inoltre, dallo studio emerge che spesso i TeRP ritengono di dover svolgere attività non afferenti al proprio profilo professionale, attività di diverso tipo che vanno dall'assistenza alla somministrazione di terapia farmacologica. Anche in questo caso, il Trentino risulta esattamente in controtendenza.

Studi presenti in letteratura mostrano l'esistenza di un conflitto tra come dovrebbe essere un percorso orientato al ripristino delle autonomie e la necessità di dover dare la precedenza a priorità aziendali di tipo economico-gestionale (Slade M. et al. 2014). Questo ha inevitabilmente un impatto sulla pratica, perché il finanziamento influenza le decisioni cliniche che a loro volta influenzano il valore e la qualità dell'assistenza³².

Questi dati, si correlano ad un'analoga distribuzione dei livelli di *Job Satisfaction* su scala Nazionale. Più del 50% delle Regioni è caratterizzata da un livello medio di Soddisfazione lavorativa del TeRP di tipo Ambivalente, in altre Regioni come Abruzzo, Campania, Marche Sardegna i TeRP appaiono Insoddisfatti del proprio impiego. Il Trentino-Alto Adige risulta l'unica Regione in cui si registra un livello ottimale di *Job Satisfaction* percepito dai Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica.

Pertanto, ad un maggiore rispetto delle competenze, delle attività specifiche e del proprio ruolo all'interno dell'equipe, sembrerebbe corrispondere la percezione di un livello maggiore di *Job Satisfaction*.

Entrando ancor più nello specifico, appaiono interessanti i dati relativi alle 2 sottoscale della JSS: paga e promozione.

Soffermandosi sulla sottoscala relativa alla paga, si osserva un andamento della soddisfazione identico a quello della *Job Satisfaction* globale: i TeRP Marche, Abruzzo, Campania e Sardegna appaiono insoddisfatti del compenso ricevuto, il resto delle regioni si trova nella fascia Ambivalente, i lavoratori del Trentino-Alto Adige risultano Soddisfatti della paga.

La sottoscala relativa alla promozione, mostra dei risultati ancor più meritevoli di interesse: i TeRP in tutte le regioni appaiono Insoddisfatti di questo specifico aspetto del proprio lavoro, tranne i TeRP del Trentino- Alto Adige. Ancora una volta, in questa regione si registra un giudizio positivo nei confronti della propria occupazione.

CAPITOLO 4. CONCLUSIONI

Come affermato nei precedenti capitoli, l'obiettivo del Nostro studio nasce dalla volontà di realizzare una fotografia dell'attuale situazione dei Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica nel contesto residenziale in Salute Mentale. Pertanto, si è deciso di indagare il ruolo da essi ricoperto e la relativa *Job Satisfaction* percepita.

I risultati ottenuti mettono in risalto una situazione omogenea su tutto il territorio italiano, sia dal punto di vista del ruolo ricoperto dal TeRP sia della percezione degli stessi di svolgere un lavoro Recovery Oriented. Nelle varie regioni, nelle diverse strutture e contesti sanitari, infatti, si evidenzia una scarsa percezione di svolgere un lavoro orientato al ripristino delle autonomie del paziente. Inoltre, si percepisce uno scarso rispetto delle competenze specifiche del TeRP unito ad una frequente confusione del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica con altre figure di tipo riabilitativo e/o assistenziale.

Tali difficoltà si traducono nella pratica quotidiana con una difficoltà nello svolgimento delle attività afferenti al proprio profilo professionale, la frequente messa in atto di attività di competenza di altre figure appartenenti all'equipe. Allo stesso tempo, queste ultime a volte si trovano a svolgere attività afferenti alle competenze specifiche del TeRP.

Unica eccezione sul territorio italiano, è rappresentata dal Trentino-Alto Adige. I TeRP che operano in questa regione, infatti, affermano di svolgere attività attinenti alle proprie competenze specifiche e di essere raramente confusi con altre figure appartenenti all'equipe multidisciplinare. Anche il livello di sensazione di operare in ottica Recovery Oriented appare più alto rispetto al resto del territorio nazionale.

Pertanto, i risultati ottenuti sono in gran parte accomunabili alla letteratura scientifica presente sull'argomento. Ad esempio, uno studio del 2015 mette in evidenza come vi sia un enorme divario tra il concetto teorico di struttura riabilitativa orientata al percorso di Recovery del paziente e la messa in pratica di tali concetti²⁹.

Nello specifico, la visione dei diversi membri dell'equipe riguardo al concetto di Recovery appare poco omogenea e condivisa, rendendo difficile la possibilità di lavorare come un'equipe coesa verso un comune obiettivo (Le Boutillier C. 2015).

Pertanto, gli operatori della Salute Mentale intervistati, sottolineano l'importanza della condivisione del significato di Recovery a tutti i livelli gerarchici dell'organizzazione, ma

soprattutto tra i vari componenti dell'equipe multidisciplinare, cosicché vi sia una linea guida omogenea sia nella gestione e programmazione degli interventi che nella messa in pratica degli stessi (Le Boutillier C. 2011) . Inoltre, una elevata percentuale di operatori, mostra una grande difficoltà ad elencare esempi pratici di pratica Recovery Oriented (Salyers M.P. 2011). Al contrario, individua in modo semplice e veloce una serie di ostacoli alla suddetta modalità di lavoro^{29,31}.

A questi risultati, si unisce un altrettanto omogenea distribuzione della *Job Satisfaction* dei Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica su scala nazionale.

Nello specifico, gli operatori di otto regioni su quattordici, si collocano in una fascia di *Job Satisfaction* definita "Ambivalente"; i TeRP di quattro regioni (Marche, Abruzzo, Campania e Sardegna) si collocano nella fascia di "Insoddisfazione" e soltanto il Trentino-Alto Adige appare collocarsi nella fascia della "Soddisfazione".

Inoltre, ponendo l'attenzione su alcune sottoscale della Job Satisfaction Survey, si osserva un'omogenea Insoddisfazione relativa alla possibilità di ottenere una promozione, ad eccezione del Trentino che si colloca nuovamente nell'area della Soddisfazione. Pertanto, i TeRP che prestano servizio in questa regione, sembrano soddisfatti delle loro possibilità di progredire durante la propria carriera lavorativa.

I risultati relativi alla sottoscala della Paga, invece, appaiono interessanti poiché seguono perfettamente l'andamento del livello di Job Satisfaction globale nelle varie regioni. Pertanto, anche in questo caso, l'unico dato positivo è rappresentato dal Trentino-Alto Adige.

Come affermato nel capitolo dedicato al significato di *Job Satisfaction*, ad un basso livello di soddisfazione lavorativa, si correlano una serie di conseguenze negative sia dal punto di vista aziendale che della qualità del servizio offerto come elevato turn-over, burn out, diminuita qualità delle prestazioni, alterazioni delle relazioni istaurate tra operatore e paziente ecc. (Piccitto G. 2018).

Quindi, ottenere dati relativi ai livelli di soddisfazione percepita dai lavoratori è di fondamentale importanza per agire non soltanto a posteriori per ridimensionare il problema, ma anche e soprattutto per strutturare interventi di tipo preventivo con l'obiettivo di salvaguardare il benessere aziendale e la buona pratica clinica.

In conclusione, possiamo affermare che attualmente la situazione lavorativa dei TeRP nel contesto residenziale in Salute Mentale evidenzia una serie di problematiche sia dal punto di vista del rispetto del ruolo di tali Professionisti all'interno dell'equipe, sia dal punto di vista dei livelli di soddisfazione lavorativa da essi percepiti.

Per questo motivo, è auspicabile una maggiore attenzione su queste tematiche e la strutturazione di screening relativi alla *Job Satisfaction* di operatori della Salute Mentale, al fine di strutturare adeguati programmi per la risposta ai bisogni espressi da tali Professionisti.

Inoltre, è importante intensificare linee guida e definire in maniera sempre più specifica le aree di intervento e i relativi confini di ogni professione, al fine di facilitare e migliorare la cooperazione all'interno dell'equipe multidisciplinare.

A tal proposito, le proposte di strutturare programmi di formazione avanzate dai TeRP intervistati nel Nostro studio potrebbero rappresentare una valida strategia d'azione.

La formazione, infatti, è un elemento fondamentale per la strutturazione di una forte identità professionale con una chiara consapevolezza di ciò che appartiene o meno alle proprie competenze, portando un chiaro e definito contributo all'interno dell'equipe multidisciplinare. Inoltre, da un punto di vista del funzionamento dell'equipe, interventi formativi multidisciplinari assumono un ruolo centrale per la condivisione di conoscenze e punti di vista, per facilitare lo svolgimento di un lavoro d'equipe che abbia obiettivi comuni ma sviluppati a 360° secondo le specifiche conoscenze e competenze di ogni professionista.

Un limite del nostro studio può essere sicuramente rappresentato da un campione non sufficientemente ampio e omogeneo su tutto il territorio italiano. Per questo, si propone l'ampliamento del progetto ad un maggior numero di Professionisti, al fine di ottenere dei dati maggiormente dettagliati e completi.

APPENDICE

Questionario “Soddisfazione lavorativa e ruolo del Terp nella residenzialità in Salute Mentale”

Il seguente questionario ha come obiettivo quello di comprendere l’attuale situazione lavorativa del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica che opera in contesti residenziali nell’ambito della Salute Mentale, indagando, inoltre, il grado di soddisfazione lavorativa percepita.

I dati ottenuti saranno utili nella stesura di un progetto di tesi di Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie, avente come Relatore la Prof.ssa Cinzia Miccinesi.

La compilazione del questionario, interamente online, è totalmente anonima ed i dati raccolti saranno trattati nel rispetto della legge sulla privacy 101/2018.

È possibile inviare eventuali dubbi e/o segnalazioni in caso di difficoltà sul mio indirizzo di posta elettronica: noemi_liburdi@libero.it

SEZIONE 1: DATI RELATIVI AL LUOGO DI LAVORO E ALLA TURNAZIONE DEL TERP

1) In quale regione lavori? APERTA

2) In quale provincia lavori? APERTA

3) In che tipologia di struttura lavori?

- SRTRI
- SRTRE
- SRSR24H
- SRSR12H
- ALTRO:

4) La struttura in cui lavori è:

- Pubblica
- Privata
- Privata accreditata

5) Quanti posti letto sono presenti? APERTA

6) Qual è il numero complessivo dei TeRP presenti in struttura? APERTA

7) Quanti TeRP sono contemporaneamente presenti in turno?

- 1
- 2
- 3
- ALTRO

8) Effettui turni notturni?

- SI
- NO

SEZIONE 2: IL CORE COMPETENCE DEL TeRP E LA DIFFERENZIAZIONE PROFESSIONALE ALL'INTERNO DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI

Negli ultimi anni, si è acceso sempre più un dibattito relativo all'importanza di comprendere, rispettare e valorizzare le competenze core di ciascun professionista, al fine di migliorare la qualità delle prestazioni erogate nella residenzialità. A tal proposito:

9) All'interno della struttura in cui lavori, ritieni che sia conosciuto il ruolo del TeRP?

- Per nulla
- Poco
- Abbastanza
- Molto
- Completamente

10) Ritieni di essere confuso con altre figure riabilitative?

- Mai
- Raramente
- Qualche volta
- Spesso

- Sempre

11) Quali nello specifico?

12) Ritieni di essere confuso con figure assistenziali?

- Mai
- Raramente
- Qualche volta
- Spesso
- Sempre

13) Quali nello specifico?

14) Nel luogo in cui lavori, ritieni che vengano rispettate le Competenze Core del TeRP?

- Per nulla
- Poco
- Abbastanza
- Molto
- Completamente

15) Ritieni che ti vengano affidate attività non aderenti al tuo profilo professionale?

- Mai
- Raramente
- Qualche volta
- Spesso
- Sempre

16) Quali attività nello specifico?

17) Altre figure effettuano interventi che dovrebbero essere di competenza del TeRP?

- SI
- NO

18) se si, quali? APERTA

19) Ritieni di avere a disposizione gli strumenti e le risorse necessari allo svolgimento del tuo lavoro?

- Per nulla
- Poco
- Abbastanza
- Molto
- Completamente

SEZIONE 3: L'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

La letteratura scientifica è ormai concorde sull'importanza di una presa in carico a 360° dell'utente, resa possibile dalla collaborazione di più professionisti all'interno di un'equipe multidisciplinare e multiprofessionale. I diversi punti di vista e gli strumenti di ogni componente dell'equipe, concorrono alla strutturazione di un percorso "su misura" per ciascun individuo, perseguendo come obiettivo comune il raggiungimento di uno stato di "Recovery". A tal proposito:

20) Ti senti integrato e supportato dall'equipe multidisciplinare nello svolgimento delle attività riabilitative?

- Per nulla
- Poco
- Abbastanza
- Molto
- Completamente

21) Senti di lavorare in ottica "Recovery Oriented"?

- Per nulla
- Poco
- Abbastanza
- Molto

- Completamente

22) Ritieni di essere coinvolto nella strutturazione dei progetti terapeutico-riabilitativi?

- Mai
- Raramente
- Qualche volta
- Spesso
- Sempre

23) PROPOSTE: cosa si potrebbe migliorare per un utilizzo maggiormente funzionale delle competenze specifiche del TeRP?

SEZIONE 4: SODDISFAZIONE LAVORATIVA DEL TeRP

I seguenti items rappresentano l'adattamento italiano (a cura di P. Caponnetto, M. Maglia, R. Auditore 2018) della scala JOB SATISFACTION SURVEY di Paul E. Spector, 1994.

1) Credo che mi paghino in modo adeguato per il lavoro che svolgo

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

2) C'è ben poca possibilità che possa ricevere una promozione

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

3) Il mio supervisore è molto competente nello svolgere il suo lavoro

- Molto in disaccordo

- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

4) Non sono soddisfatto dei benefici che ricevo

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

5) Quando svolgo un buon lavoro mi vengono riconosciuti i miei meriti

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

6) All'interno del mio lavoro vi sono molte regole e procedure che lo rendono difficoltoso

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

7) Mi piacciono le persone con cui lavoro

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo

- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

8) A volte ho la sensazione che il mio lavoro sia insignificante

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

9) Considero di buon livello la comunicazione all'interno dell'azienda dove lavoro

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

10) Non sono previsti aumenti di stipendio nel mio lavoro

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

11) Coloro che svolgono bene il proprio lavoro hanno una buona possibilità di ottenere una promozione

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo

- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

12) Il mio supervisore è ingiusto nei miei confronti

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

13) I benefici che riceviamo sono buoni come quelli che vengono offerti nella maggior parte delle altre organizzazioni

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

14) Ho la sensazione che il lavoro che svolgo non venga apprezzato

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

15) I miei sforzi per fare un buon lavoro sono raramente ostacolati dalla burocrazia

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo

- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

16) Credo che il mio lavoro sia reso più impegnativo a causa di alcune incompetenze di colleghi

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

17) Mi piace fare le cose che faccio a lavoro

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

18) Gli scopi di questa organizzazione non mi sono chiari

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

19) Capita di non sentirmi apprezzato dall'azienda se penso al mio stipendio

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo

- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

20) All'interno dell'azienda le carriere professionali si sviluppano velocemente come in altre realtà lavorative

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

21) Il mio supervisore mostra poco interesse per i sentimenti dei subordinati

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

22) L'insieme dei vantaggi che abbiamo sono equi.

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

23) Ci sono poche ricompense per coloro che lavorano qui

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo

- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

24) Ho troppe cose da fare a lavoro

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

25) Mi piacciono i miei colleghi

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

26) Spesso ho la sensazione di non sapere che cosa stia succedendo in questa azienda

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

27) Provo un senso di orgoglio nello svolgere il mio lavoro

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo

- Un po' d'accordo
- D'accordo

28) Mi sento soddisfatto della possibilità di un aumento del mio salario

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

29) Esistono dei benefici di cui non possiamo usufruire ma che dovremmo avere

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

30) Mi piace il mio supervisore

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

31) Ho troppo lavoro da ufficio da svolgere

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo

- D'accordo

32) Non credo che i miei sforzi vengano premiati come dovrebbero

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

33) Sono soddisfatto delle mie opportunità finalizzate a poter ottenere una promozione

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

34) Ci sono troppi battibecchi e litigi sul posto di lavoro

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

35) Il mio lavoro è piacevole

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

36) I compiti da svolgere non sono spiegati in modo esaustivo

- Molto in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Un po' in disaccordo
- Un po' d'accordo
- D'accordo

BIBLIOGRAFIA

- 1 Decreto Ministeriale n.182. Regolamento concernente l'individuazione della figura del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica; 29 Marzo 2001.
- 2 Famulari R., Ruggeri A. Il ruolo del tecnico della riabilitazione psichiatrica nel sistema sanitario nazionale: un'esperienza in setting residenziale, In: "Dalla Follia alla cittadinanza- esperienze riabilitative in Sicilia". Roma: Edizioni Bonanno Acireale; 2013.
- 3 W.A. Anthony., Farkas M.D. The Guide to Psychiatric Rehabilitation Practice. Trustees of Boston University; 2011.
- 4 Mueser K.T., Deavers F., Penn D.L., Cassi J.E. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol* 9, 465-97; 2013.
- 5 Liberman P.R. il Recovery dalla disabilità. Manuale di Riabilitazione Psichiatrica. Giovanni Fioriti Editore. Roma; 2012.
- 6 Drago R. La nuova maturità. Centro studi Erikson- aggiornamento 2000;
- 7 Famulari R., Fierro L., Parigi D., Rovito E., Ussorio D. Il Core Competence del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica. Roma: Alpes Italia; 2019.
- 8 Decreto del Presidente della Repubblica. Approvazione del progetto obiettivo "tutela Salute Mentale 1998-2000" ; 1° Novembre 1999.
- 9 Vita A., Dell'Osso L., Mucci A. Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica, dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale. Vol 1 Psichiatria Clinica. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2019. 424 – 30.
- 10 Conferenza unificata con accordo n.116. "Le strutture residenziali psichiatriche" per l'età adulta; 17 Ottobre 2013.
- 11 Vita A., Barlati S. Recovery from schizophrenia: is possible?. *Curr Opin Psychiatry* 22. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000407; 2018.
- 12 United States Psychiatric Rehabilitation association (USPRA). Position Paper on Involuntary Outpatient Commitment. www.uspra.org;2007.
- 13 Vita A. et all. Gli interventi terapeutico riabilitativi e le tecniche. I principali modelli di lavoro. In G. Cerati - Il case Manager nei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Lombardia, il percorso formativo e la pratica. Milano: McGraw-Hill Education; 2013.

- 14 Corrigan P.W. Principles and practice of psychiatric rehabilitation: an empirical approach, second edition. New York: The Guilford Press; 2016.
- 15 Locke, E. A. What is job satisfaction? *Organizational Behavior and Human Performance*; 1969.
- 16 Barbaranelli C., Bortone I., Di Matteo, F. La misura della soddisfazione lavorativa: Contributo empirico. *Giornale Italiano di Psicologia*; 2010.
- 17 Spector, P. E. Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences. (Vol. 3). California: Sage publications; 1997.
- 18 Judge, T. A., Hulin, C. L., Dalal, R. S. Job satisfaction and job affect. In Kozlowski S. W. J. *The Oxford handbook of industrial and organizational psychology*. New York: Oxford University Press; 2009.
- 19 Piccitto G., relatore: Ballarino G., Schadee H. La soddisfazione lavorativa: concetto, misurazione e rapporto con la qualità del lavoro. Milano : Università degli Studi di Milano. Dipartimento di scienze sociali e politiche; Maggio 2018.
- 20 Warr P. Work, happiness, and unhappiness. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2007.
- 21 Faragher E.B., Cass M., Cooper C.L. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup. Environ Med*; 2005.
- 22 Ghiselli R.F., La Lopa, J.M., Bai B. Job Satisfaction, Life Satisfaction, and Turnover Intent. *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*; 2001.
- 23 Judge T.A., Thoresen C.J., Bono J.E., et al. The Job Satisfaction-Job Performance Relationship: A Qualitative and Quantitative Review. *Psychol Bull*; 2001.
- 24 Patterson M., Warr P., West M. Organizational climate and company productivity: The role of employee affect and employee level. *J Occup Organ Psych*; 2004.
- 25 Maeran R. Job satisfaction. Gli strumenti di misura. *Risorsa Uomo*; 1996.
- 26 Faraci P., Magnano P., Valenti G.D. Le scale di misura della soddisfazione lavorativa: una rassegna critica. Pavia: *Giornale Italiano Medicina del Lavoro*; 2019.
- 27 Spector, P. E. (1985). Measurement of human service staff satisfaction: Development of the job satisfaction survey. *American Journal of Community Psychology*, 13, 693-713.

28 C. Le Boutillier et al. *Competing Priorities: Staff Perspectives on Supporting Recovery*. Springer Science+Business Media. New York; 2015.

29 Le Boutillier C., Leamy M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., Slade, M. What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services* Washington, D. C. ; 2011.

30 Fno TSRM e PSTRP. In sanità teniamo ben distinte le attività di educatori professionali socio-pedagogici e pedagogisti. *Quotidiano Sanità*; Novembre 2020.

31 Salyers, M. P., Stull, L. G., Rollins, A. L., & Hopper, K. The work of recovery on two assertive community treatment teams. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2011.

32 Slade M., Amering M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., et al. Uses and abuses of recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*. 2014.