

Aspetti relazionali ed organizzativi delle comunità terapeutiche per adolescenti quali fattori di trattamento: validazione di uno strumento

Stefania Cristofanelli¹, Omar Fassio², Laura Ferro¹, Alessandro Zennaro¹

Sommario: Questo contributo intende porre il costrutto di *clima organizzativo* quale fattore terapeutico specifico di trattamento nei contesti residenziali di cura, contesto in cui la qualità dell'ambiente, le atmosfere emotive e l'abitare stesso diventano la materia del lavoro comunitario. In tal senso, l'équipe terapeutica-educativa diventa *Lo Strumento* principale di cura. L'obiettivo è dunque quello di costruire un questionario in grado di funzionare come una sorta di "termometro" per misurare lo stato di salute/malessere dell'équipe di lavoro, ponendo le basi per un successivo percorso di riflessioni e possibilità di intervento sulle criticità emerse (supervisione/formazione). Tale strumento è stato somministrato a 173 soggetti, operatori di CT per adolescenti, distribuite su tutto il territorio nazionale. Sulla base delle procedure statistiche di validazione, la versione finale risulta composta da 119 item.

Parole chiave: ambiente emotivo, ambiente organizzativo, comunità terapeutica, relazione terapeutica.

Abstract: The aim of this work is to propose a new instrument to investigate organizational characteristics in Therapeutic Communities for adolescents. "Organizational Climate" is considered as a specific therapeutic factor in a residential care treatment where the quality of the environment and the emotional atmosphere become essential aspects of communitarian work. In such a context, the working team is the main instrument of the treatment (educational and therapeutic). The questionnaire has been administered to 173 subjects, working in therapeutic communities for adolescents, searched in the whole of the Italian territory. The last version of the statistic, that has been carried out, enhanced 119 items.

Key words: emotional environment, organizational environment, therapeutic community, therapeutic relationship.

¹Università della Valle d'Aosta; Tiarè Onlus, Torino; ² Università di Torino

Corrispondenza: Dr.ssa Cristofanelli Stefania, Facoltà di Psicologia, Università della Valle d'Aosta, Strada dei Cappuccini, 2/a, 11100, Aosta, s.cristofanelli@univda.it

1.1 Introduzione

La riflessione sui fattori terapeutici all'interno dei contesti residenziali di cura non può non essere ricondotta nell'alveo di ricerca più ampia che fa riferimento al confronto tra l'efficacia clinica dei *fattori specifici* e *aspecifici* della relazione di cura attraverso la revisione di studi di meta-analisi su tali componenti, condotti tra il 1970 e il 1998 (Ahn e Wampold, 2001). Per *fattori specifici* di cura si intendono quelle componenti riconducibili ad un orientamento e ad un modello specifico di intervento rispetto ad un altro. Per quanto concerne i *fattori aspecifici* e trasversali di cura, sebbene siano stati descritti in letteratura in maniera differente (Karasu, 1986; Greencavage e Norcross, 1990; Weinberger, 1995), se si prende in considerazione la classificazione di Lambert (2004), possono essere ordinati in: *fattori di apprendimento*, *fattori supportivi*, *fattori di azione*. Gli studi di meta-analisi, in tali contesti, hanno rilevato una sorta di *equivalenza* rispetto all'efficacia dei differenti fattori specifici di cura, ovvero hanno dimostrato come questi ultimi non siano direttamente responsabili dell'outcome, indicando, al contrario, come i fattori *aspecifici* contribuiscano con effetti più significativi all'esito del trattamento. Tale contraddizione è alimentata dal fatto che diversi studi (Martin, Garske e Davis, 2000; Horvath e Bedi, 2002; Lambert e Barley, 2002) hanno indicato, inoltre, come né i fattori specifici né quelli aspecifici siano in grado di influire in modo significativo sugli esiti del trattamento. I fattori aspecifici, dunque, sembrano essere condizioni necessarie ma non sufficienti per consentire il cambiamento. Nel complesso, l'unica componente che pare, in tali studi, venire trascurata è *l'interazione* tra le due tipologie di fattori, la loro influenza e potenziamento reciproci (Dazzi, Lingiardi e Colli, 2006). Si ritiene, dunque, che questo lavoro possa essere letto in tale prospettiva di analisi.

La valutazione del processo terapeutico e dei suoi risultati presenta ad oggi problemi di notevole complessità e difficoltà. È, infatti, possibile rilevare tale componente critica dalla natura prevalentemente descrittiva piuttosto che teorico-esplicativa di molte analisi relative alle dinamiche interne alla comunità terapeutica e, nello specifico, relativamente ai fattori terapeutici coinvolti. In tale analisi emerge come particolarmente rilevante la funzione della qualità del *clima* e dell'*abitare* come possibili fattori di cura, parallelamente alle criticità che di volta in volta caratterizzano tali dimensioni all'interno del lavoro gruppale. Nonostante i progressi ed i risultati raggiunti dal filone di studi relativo alla valutazione dell'intervento terapeutico durante gli ultimi cinquanta anni, il focus d'interesse, che ha connotato tali lavori è stato, per lo più volto ad approfondire quasi esclusivamente la componente, per così dire "nobile", dell'intervento, ovvero la componente "psi", tralasciando spesso di considerare le dimensioni per così dire più quotidiane dell'intervento ovvero *l'abitare* dei pazienti ospiti di strutture residenziali, le ventiquattro ore che questi ultimi trascorrono in struttura con gli operatori e la ricchezza delle relazioni che quotidianamente consente loro di sperimentare nuovi modelli di relazione. Questo lavoro di ricerca intende prendere in considerazione, riconoscere e valorizzare la componente educativa-psicologica nei diversi aspetti che caratterizzano il suo funzionamento, sia in termini di ruolo che di quotidianità

che, ancora, rispetto alla relazione con le altre professionalità che operano all'interno delle comunità stessa.

Costituisce, pertanto, oggetto peculiare di indagine l'analisi del clima organizzativo quale potenziale fattore terapeutico specifico all'interno dei contesti residenziali di cura. Tale costrutto teorico, prevalentemente studiato nell'ambito dei contesti organizzativi aziendali riguardo alla soddisfazione e all'efficienza dei processi organizzativi, assume una connotazione psicologica e clinica nuova in un contesto in cui la qualità dell'ambiente, delle atmosfere emotive e dell'abitare costituiscono la materia prima del lavoro comunitario. In tale contesto, l'équipe di lavoro diventa "Lo Strumento" principale di cura, responsabile della costruzione di un clima più o meno di qualità entro cui possono prendere forma e svilupparsi le quotidiane esperienze relazionali dei pazienti come in un laboratorio di sperimentazione di nuovi modelli relazionali di cui gli operatori si fanno attori partecipi. In tale ambiente sono prevalentemente *gli atti* a dare forma al cambiamento, secondo la felice espressione di Racamier (1997) di *atti parlanti*, rispetto a cui è la qualità dell'abitare che funge da catalizzatore. Tale qualità emotiva e climatica, è determinata, nello specifico, prevalentemente dalla possibilità di contenere e sciogliere il malessere, i conflitti, le dinamiche collusive e regressive che sfociano spesso in forme di *burnout*, in cui il "contagio" della patologia prende forma in pericolose spirali distruttive tipiche di un funzionamento antiterapeutico che si esprime attraverso la specularità delle complesse dinamiche tra gruppo-équipe e gruppo-pazienti. Preservare l'équipe, in quanto strumento principe di cura, da tali tipologie di funzionamento costituisce, pertanto, oltre che un fondamentale obiettivo di lavoro, una questione etica.

Date tali premesse, occorre considerare, infine, la complessa e inafferrabile natura dei "fenomeni climatici" analizzati dalla letteratura di settore nazionale ed internazionale. Tra la fine degli anni '80 e la prima metà degli anni '90 si assiste ad una sorta di accettazione del fatto che non possa esistere un'unica definizione ed un unico modello di clima, valorizzando cioè la differenziazione delle proposte, e abbandonando l'idea di poter trovare un clima omogeneo all'interno della stessa realtà organizzativa, rafforzando sempre più l'idea di un'articolazione del concetto stesso (Quaglino, 2001). Si può dunque individuare, in modo trasversale, un chiaro percorso dalle atmosfere di gruppo lewiniane al clima organizzativo stesso in cui la "resistenza al cambiamento" costituisce una riproposizione della tematica originaria, percorso che può essere sovrapposto ed arricchito da tutti i contributi teorici che si sono focalizzati sull'analisi delle *qualità* dell'atmosfera e dell'ambiente anche nei contesti residenziali di cura. L'ambizione rimane, comunque, quella di trovare un'integrazione tra le componenti del clima più superficiali e quelle più profonde legate alla cultura e al "non detto" che in modo così sistematico e pervasivo sembrano influire sulle dinamiche operative quotidiane (Schneider, 1973).

Sul piano metodologico il focus di interesse diventa il fatto che non esistono indicatori di clima in grado di essere generalizzabili a tutte le realtà organizzative, ma che occorra considerare i fattori ritenuti più coerenti rispetto alla realtà oggetto di studio.

Considerata, pertanto, l'estrema carenza, in particolare nell'ambito dei contesti di cura, di strumenti appositamente ideati per rilevare le caratteristiche del clima organizzativo, costituisce obiettivo principale del presente lavoro la costruzione di uno strumento specifico in grado di rilevare le criticità peculiari che connotano tali dinamiche, ovvero un questionario in grado di funzionare come una sorta di "termometro", al fine, cioè, di misurare le polarità dello stato di salute/malessere dell'équipe di lavoro attraverso cui, escludendo qualsiasi intento valutativo, poter porre le basi per un successivo percorso di riflessioni e possibilità di intervento per mezzo di un eventuale lavoro di supervisione/formazione all'interno delle differenti strutture comunitarie.

1.2 Costruzione del questionario

Il disegno di ricerca relativo al processo di formulazione e costruzione di tale strumento si è articolato in più fasi. In primo luogo si è ritenuto necessario procedere con un inquadramento storico e teorico delle dinamiche indagate, ripercorrendo il background culturale, sociale, ed ideologico che ha scandito la costituzione delle Comunità Terapeutiche (CT), dagli albori fino allo stato attuale. Ci si è soffermati, nello specifico, sui modelli ed i costrutti psicologici che le hanno connotate nel tempo, nell'ambito della tradizione inglese e americana, della tradizione francese e, infine, del panorama italiano (Vigorelli, 2006a, 2006b, 2008). Il lavoro è proseguito con una disamina di alcuni concetti-chiave, ovvero che cosa si intende per fattore terapeutico, funzionamento terapeutico e fenomeni comunitari all'interno dei contesti residenziali di cura, attraverso una lettura diacronica degli stessi a partire dai primi "esperimenti" che segnano il nascere di tali strutture, fino alla considerazione del panorama attuale nella sua complessità ed eterogeneità.

È stato, infine, analizzato il costrutto del *clima organizzativo* e di diagnosi organizzativa, sia all'interno dell'alveo dei contesti profit in cui è stato prevalentemente studiato, sia nelle sue caratterizzazioni specifiche e sfumate assunte nei contesti residenziali di cura, entro cui, tale costrutto, emerge arricchito e potenziato delle complesse dinamiche di propagazione della psicopatologia che popolano in modo profondo i vissuti quotidiani degli operatori.

A livello empirico, tale approfondimento è stato proficuo al fine di contestualizzare gli item del questionario relativamente alla cultura implicita che connota tali realtà terapeutiche.

Il disegno di ricerca si esplica in una fase successiva attraverso l'analisi degli strumenti di rilevazione di clima esistenti in letteratura in grado di soddisfare i requisiti ed i presupposti teorici descritti precedentemente. Di tali strumenti, è stato individuato come riferimento il Majer-D'Amato Organizational Questionnaire (M-DOQ, Majer e D'Amato, 2001), a partire dal quale, dopo un'attenta contestualizzazione degli item, ne sono stati selezionati alcuni più salienti che sono stati successivamente integrati con un'ulteriore serie di item: in parte estrapolati dall'analisi qualitativa dei trascritti di alcuni Focus Group condotti con operatori che lavorano in CT; in parte ricavati da un contributo di consulenza clinica; in parte, infine, selezionati da altre scale già disponibili in letteratura per rilevare le dinamiche di gruppo.

1.3 Majer-D'Amato Organizational Questionnaire

Il Majer-D'Amato Organizational Questionnaire (M-DOQ, 2001) si presenta come un questionario multidimensionale, costituito da 120 item con rilevazione di tipo scala Likert a 4 punti in grado di fornire una stima differenziata delle componenti principali del costrutto del clima in ambito aziendale. La struttura fattoriale si articola in 13 fattori: *team, leadership, job involvement, autonomia, libertà, coerenza, dinamismo, job description, equità, sviluppo, comunicazione, environment e incentivazione*.

Tale strumento, inoltre si pregia di un impianto sofisticato in termini di verifica della validità e dell'attendibilità attraverso una standardizzazione italiana che ha previsto un campionamento di organizzazioni di tipo aziendale dislocate su tutto il territorio nazionale (in particolare nel Nord e Centro Italia) costituite da soggetti appartenenti a molteplici settori di organizzazioni differenti (Quaglino, 2001). La versione attuale del questionario è stata somministrata a 1837 soggetti. Può, dunque, essere definito come uno strumento valido da un punto di vista scientifico, snello nella sua utilizzabilità empirica e adatto alle diverse culture organizzative.

1.4 Focus Group

Tenendo come riferimento tale strumento, al fine di ampliare il processo di contestualizzazione degli item del questionario, sono stati condotti una serie di Focus Group con i coordinatori e gli educatori esperti di alcune CT. I focus group si sono articolati sull'approfondimento della tematica centrale della definizione del concetto di clima organizzativo all'interno della realtà operativa delle CT al fine di declinare il più possibile il concetto di *clima* nelle singole componenti che lo qualificano in modo specifico. In particolare è stato richiesto di riferire alcuni momenti di lavoro vissuti in prima persona dagli operatori che sono risultati significativi relativamente alla percezione di un clima organizzativo adeguato o non adeguato rispetto alle richieste contestuali del setting comunitario, nel tentativo di esplicitare le problematiche ed i vissuti ad esso inerenti e le eventuali ricadute terapeutiche sui pazienti (Cortese, 2004). Tutti i focus group sono stati audio-registrati e sbobinati al fine di estrapolare alcuni item da includere nella versione finale del questionario da somministrare. I gruppi erano composti da un minimo di cinque ad un massimo di sette soggetti, suddivisi in modo eterogeneo per età, sesso, e anni di lavoro presso la struttura di pertinenza. Affrontare tali tematiche attraverso le modalità di rilevazione sopra descritte, ha consentito di creare un ambiente sufficientemente libero e non saturo al fine di fare emergere criticità specifiche per il contesto di lavoro indagato, contribuendo a dare un senso all'oggetto di ricerca in modo collettivo e producendo una versione della realtà nel tentativo preciso di comprenderla, partendo dall'idea che "un'organizzazione non è un qualcosa di dato, ma deriva dalle rappresentazioni che i diversi attori coinvolti hanno di essa" (Masoni, Balducci, Coratti, Hansen e Melgiovanni, 2000).

Il materiale ottenuto è stato elaborato attraverso l'applicativo informatico *Atlas.ti*, all'interno dell'inquadramento teorico della *Ground Theory* e successivamente per mezzo dell'applicativo *Monoconc Pro* al fine di estrarre le occorrenze dei lemmi che sono comparsi con una frequenza più elevata all'interno dei differenti trascritti. Dall'analisi dei verbatim sono emersi alcuni temi principali tra cui: *criticità relative al turnover degli operatori; problemi rispetto al carico eccessivo; problematiche relative all'inserimento di nuovi pazienti; difficoltà a tradurre nella quotidianità il progetto terapeutico complessivo; criticità nella gestione dei momenti di crisi; problematiche rispetto al ruolo; criticità specifiche relative alla psicopatologia dei pazienti*, da cui sono stati estrapolati tre fattori: "criticità organizzative relative alla struttura", "criticità organizzative relative alla psicopatologia" e "professionalità" (vedi tabella 1).

1.5 Item componente clinica

In seconda battuta alcuni item sono stati formulati sulla base di una consulenza fornita dall'estensore clinico del Progetto Minori all'interno dell'Associazione di Servizi per la Salute Mentale Tiarè onlus. Da questa componente sono stati estrapolati due fattori: "chiarezza ed efficacia della collaborazione tra equipe e clinici" e "criticità dei rapporti con i servizi" (vedi tabella 1).

1.6 Altre Scale

Attraverso un'accurata analisi della letteratura nazionale e internazionale relativa a strumenti di analisi affini ai nostri interessi in questo settore, sono state individuate alcune scale da cui sono stati selezionati gli item che potevano essere integrati in seguito ad un'attenta contestualizzazione e traduzione. Di seguito verranno presentate le fonti da cui sono stati estratti gli item della versione del questionario somministrata:

1 QUESTIONARIO SUL CLIMA DI GRUPPO (MacKenzie, 1981; traduzione a cura della Prof.ssa Francesca Giannone, Università degli studi di Palermo, utilizzato all'interno di comunità educative).

2 COHESION SCALE (Piper, 1983; traduzione nostra).

3 BASIC NEEDS SATISFACTION AT WORK SCALE (Deci, Ryan, Gagné, Leone, Usunov e Kornazheva, 2001; traduzione nostra).

4 MCDERMOTT BURNOUT INVENTORY (McDermott, 1984; tratto da Majer e D'Amato, 2001)

5 RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Da tali scale sono stati ricavati quattro fattori: “problemi nella disponibilità alla relazione”, “soddisfazione sul lavoro”, “paura, pesantezza e assenza di investimento”, “collaborazione e disponibilità tra colleghi” (vedi tabella 1).

1.7 Accordo Inter-Giudice

La prima versione del questionario, ottenuta dalla giustapposizione degli item provenienti dagli strumenti sopra esposti, si compone di 144 item

Successivamente si è proceduto con la valutazione dell'accordo intergiudice relativamente all'attribuzione di ogni singolo item rispetto alla struttura fattoriale del questionario di Mayer e D'Amato. I 144 item ottenuti sono stati sottoposti alla valutazione da parte di 7 giudici esperti con la consegna di lavorare individualmente per ricondurre ciascun item ai 13 fattori caratterizzanti la struttura fattoriale dell'M-DOQ, segnalando eventualmente gli item che non potevano essere ricondotti a nessun fattore all'interno della categoria “altro”. Considerata la presenza di un considerevole numero di item aggiuntivi rispetto a quelli ricavati dall'M-DOQ, l'accordo intergiudice non è risultato elevato, seppur adeguato per quanto concerne i fattori previsti da Mayer. Utilizzando l'indice di concordanza per variabili categoriali Kappa di Cohen (Cohen, 1960), i risultati ottenuti dai confronti a coppie hanno confermato un'adeguata attendibilità delle ricodifiche ($0.300 < K \text{ di Cohen} < 0.536$; $p < .001$).

In tal senso è parso plausibile prevedere una struttura dello strumento finale riconducibile ad un numero superiore di fattori. Prima della somministrazione definitiva, la versione finale del questionario è stata sottoposta, infine, ad una revisione da parte di 5 operatori psicologi al fine di verificare la presenza di eventuali errori nella formulazione degli item stessi (a livello semantico, sintattico e ortografico) che avrebbero potuto andare a discapito della comprensione finale dello strumento.

1.8 Fattori totali estrapolati

In totale, oltre ai fattori previsti dall'M-DOQ di Mayer e D'Amato, sono stati analizzati i seguenti fattori:

Tabella 1. Fattori estrapolati dai Focus group, dalla consulenza dei clinici e da altre scale disponibili in letteratura

FATTORE	FONTE	FATTORE	FONTE
CHIAREZZA ed EFFICACIA della COLLABORAZIONE tra EQUIPE E CLINICI (8 item)	ITEM COMPONENTE CLINICA	PROBLEMI NELLA DISPONIBILITÀ ALLA RELAZIONE (4 item)	RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE
CRITICITÀ RAPPORTI con i SERVIZI (3 item)	ITEM COMPONENTE CLINICA	SODDISFAZIONE SUL LAVORO (3 item)	COHESION SCALE
CRITICITÀ ORGANIZZATIVE RELATIVE ALLA STRUTTURA (6 item)	FOCUS GROUP	PAURE PESANTEZZA E ASSENZA di INVESTIMENTO (9 item)	MODEROTT BURNOUT INVENTORY BASIC NEEDS SATISFACTION AT WORK SCALE
CRITICITÀ ORGANIZZATIVE RELATIVE ALLA PSICOPATOLOGIA (6 item)	FOCUS GROUP	COLLABORAZIONE E DISPONIBILITÀ FRA COLLEGGHI (3 item)	QUESTIONARIO SUL CLIMA DI GRUPPO
PROFESSIONALITÀ (4 item)	FOCUS GROUP		

1. Materiali e Metodi

La metodologia di costruzione del questionario si articola attraverso una pre-ricerca esplorativa.

La procedura di reclutamento dei soggetti e delle strutture da coinvolgere per la somministrazione del questionario ha costituito motivo di empassa per il presente lavoro, se si considera che non esiste, a livello nazionale, un elenco ufficiale delle strutture terapeutiche residenziali per minori, che in alcuni casi decidono di “non svelarsi”. Tale “ostacolo” è stato, del resto, per lo più condiviso con alcuni dei referenti delle strutture stesse che hanno partecipato al progetto, nella misura in cui è stata espressa la sensazione di lavorare “in solitudine” ovvero di non poter contare o fare riferimento ad un modello a rete più esplicito che coinvolga tutte le strutture presenti sul territorio nazionale. Per alcune realtà esiste la necessità di non essere accessibili in quanto strutture protette, considerata l’età degli ospiti e le dinamiche familiari fortemente compromesse. Rimane il fatto che tra professionisti del settore, talvolta, emerge il vissuto di “isolamento” che condiziona le possibilità/potenzialità di intervento.

1.1 Campione

Complessivamente il gruppo preso in esame è costituito da 173 soggetti diversificati per profili professionali ed accomunati dal fatto di lavorare all’interno di CT per adolescenti dislocate in modo non omogeneo sul territorio nazionale (Piemonte, Lombardia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Lazio, Campania).

Tabella 2. Variabili socio anagrafiche del campione della ricerca

Categorie		%/n
Sesso operatori	Maschi	39.1%
	femmine	60.9%
Titolo di studio	Diploma scuola media inferiore	2%
	Diploma scuola media superiore	11%
	Corso di formazione post diploma	12%
	Laurea	50%
	Post laurea	25%
Ruolo	Educatori	50%
	Operatori	20%
	Coordinatori	11%
	Psicologi	10%
	Operatori Socio Sanitari	4%
	Psichiatri	1,16%
	Psicoterapeuti	1,16%
	Psicopedagogisti	1,16%
Nome comunità	Tirocinanti volontari	1,16%
	Asso	17
	Cavanà	11
	Crisalide	7
	Eimì	11
	Il Delfino	6
	Il Faro	6
	Il Porto	20
	L'Imprevisto	15
	La Soffitta	7
	Liberitutti	8
	Passaggi	13
	***	2
	Rosa dei Venti	5
	San Maurizio	9
	Sogni di loro	6
	UONPIA Desio	5
	Capena	14
	Mondo piccolo	6
	Tuga	5

Nota: la struttura contrassegnata da *** ha richiesto esplicitamente di mantenere l'anonimato

Il campione è stato descritto sulla base delle caratteristiche socio-anagrafiche (vedi tabella 2) che sono state tenute in considerazione per le successive analisi statistiche. Per quanto riguarda la variabile *sex*, il campione è costituito da un 60,9% di donne e da un 39,1% di uomini. Per quanto concerne la variabile *titolo di studio*, il campione possiede un livello di scolarizzazione medio-alto, se si considera che l'11% possiede un diploma di scuola Media Superiore, il 12% dispone di corsi di formazione post diploma, ed in particolare il 50% ha conseguito la Laurea insieme ad un 25% che ha un livello di formazione post-universitaria; il restante 2%, infine, è in possesso del diploma di scuola Media Inferiore. Rispetto alla variabile *ruolo*, considerata l'eterogeneità delle diciture rilevate dalla compilazione della parte anagrafica

del questionario, le differenti definizioni sono state raggruppate in 7 categorie. Il campione si caratterizza per una prevalenza di profili educativi, ovvero si compone per il 50% di educatori e per il 20% di operatori; la restante parte si suddivide tra un 11% di soggetti costituito da coordinatori, un 10% di psicologi, un 4% di operatori socio sanitari (OSS), un 1.16% di psichiatri, un 1.16% di psicoterapeuti, un 1.16% di psicopedagogisti ed infine un 1.16% tra tirocinanti e volontari. Complessivamente l'età media del campione è di 34,2 anni (min = 21; Max = 56; Dev. St. = 7.64). Mediamente i soggetti hanno dichiarato di lavorare nella comunità di pertinenza da circa 4 anni, con un valore minimo di un mese ed un valore massimo di 20 anni, mentre, per quanto riguarda il lavoro in contesti di équipe in generale, il valore medio indicato è stato di circa 6 anni e mezzo, con un valore minimo di un mese ed un valore massimo di 20 anni.

Analisi dei risultati

Le procedure statistiche di validazione preliminare dello strumento hanno compreso analisi descrittive, analisi fattoriali e analisi dell'affidabilità interna (α di Cronbach) dei singoli item del questionario e delle scale di fattori proposte. Le analisi fattoriali sono state condotte utilizzando il metodo *Unweighted Least Squares*, ponendo il loading a .40, e considerando come criterio di scelta per il numero dei fattori lo Scree Test di Cattell con *eigenvalue* > 1.

Sulla base della lettura incrociata dei dati delle precedenti analisi, si è proceduto, con l'eliminazione degli item (vedi tabella 3) che non soddisfacevano i rispettivi requisiti. La struttura fattoriale finale del questionario prevede 22 fattori articolati (vedi tabella 3).

Il successivo livello di analisi è stato lo studio delle correlazioni tra i punteggi fattoriali individuati. Da queste è risultato che i fattori appaiono essere complessivamente sufficientemente ortogonali, pur sovrapponendosi in parte rispetto ad alcune dimensioni. Le correlazioni tra i fattori sono le seguenti: "criticità organizzative patologia" con "coerenza" ($r = .210$), con "incentivazione" ($r = -.233$) e con "sviluppo" ($r = .190$); "chiarezza efficacia collaborazione equipe-clinici" con "job involvement" ($r = -.185$); "problemi disponibilità alla relazione" con "coerenza" ($r = .178$) ed infine "leadership" con "sviluppo" ($r = -.230$).

Sulla scorta delle analisi statistiche effettuate emerge una versione definitiva dello strumento costituito da 119 item (l'elenco completo di questi item viene riportato nell'Appendice finale).

Tabella 3. Elenco dei 22 fattori, delle Alpha di Cronbach e degli item eliminati

FATTORE	α	Numero Item
1. CHIAREZZA EFFICACIA COLLAB. EQUIPE E CLINICI	0.772	1, 4, 3, 6, 2, 5, 7* , 8** , 9* , 12, 14
2. CRITICITA' RAPPORTI SERVIZI	0.608	10** , 11** , 13* , 16, 15, 17
3. CRITICITA' ORGANIZZATIVE STRUTTURA	0.712	135, 126, 141, 129** , 133* , 143, 139, 136
4. CRITICITA' ORGANIZZATIVE PSICOPATOLOGIA	0.677	144, 132, 137, 142, 127, 134, 138*
5. PROFESSIONALITA'	0.349	34, 128, 130, 131*** , 140**
6. PROBLEMI DISPONIBILITA' ALLA RELAZIONE	0.173	36, 37** , 38* , 39, 40, 41, 42**
7. PAURE PESANTEZZA E ASSENZA INVESTIMENTO	0.795	28, 32, 33* , 31* , 123, 26, 35** , 27** , 124, 24, 29, 30, 25, 125*
8. SODDISFAZIONE SUL LAVORO	0.434	18, 19, 20
9. COLLABORAZIONE E DISPONIBILITA' FRA COLLEGHI	0.665	21, 22, 23
10. COERENZA	0.746	43, 56, 75, 81, 115*
11. INCENTIVAZIONE	0.253	44, 64, 85*** , 116,
12. JOB DESCRIPTION	0.779	83, 107, 88, 45, 70, 97
13. LEADERSHIP	0.899	104, 109, 73, 69, 51, 113, 59, 106, 46, 95, 50, 86, 101, 66, 52, 48
14. COESIONE DI GRUPPO	0.825	53, 47, 57, 90, 120, 61, 111
15. COMUNICAZIONE	0.543	99, 54, 76, 77, 93, 103, 96
16. JOB INVOLVEMENT	0.653	55, 112, 58, 116* , 117, 119, 79
17. AUTONOMIA	0.141	60, 92, 80, 87, 65
18. LIBERTA'	- 0.369	62, 78, 82, 91, 114, 98
19. DINAMISMO	0.619	108, 72, 94, 102, 63, 105**
20. ENVIRONMENT	0.590	110, 67, 68
21. EQUITTA'	0.739	71, 74, 113, 89, 118
22. SVILUPPO	0.98	64* , 122, 84, 121, 100***

Note:

- gli item indicati con * sono stati eliminati poichè hanno evidenziato una varianza ridotta (range di risposta: 2-4 o 1-3);
- gli item indicati con ** sono stati eliminati poichè hanno presentato un numero di missing tra 15 e 21;
- gli item indicati con *** sono stati eliminati poichè, caratterizzati da scarse caratteristiche psicometriche sulla base delle informazioni provenienti dalle Analisi Fattoriali e dal calcolo dell'Alpha di Cronbach.

Discussione e conclusioni

L'obiettivo finale del lavoro si è composto di due finalità complementari: da un lato la predisposizione di uno strumento specifico, teoricamente e psicometricamente affidabile ai fini dell'indagine del clima organizzativo all'interno delle CT, dall'altro la verifica dello stesso, quale strumento di rilevazione *in progress* degli elementi che connotano e definiscono tale costrutto, attraverso una pre-ricerca limitata e del tutto preliminare.

Il lavoro svolto ha prodotto come risultato operativo la disponibilità della versione finale di un questionario di rilevazione, fruibile ai fini dell'indagine del clima organizzativo, nelle sue differenti articolazioni, all'interno delle CT. Lo strumento individuato andrà, quindi, successivamente validato, secondo le procedure già presentate, allo scopo di delinearne le caratteristiche psicometriche essenziali per procedere ad un suo utilizzo su più ampia scala. I dati provenienti dalla pre-ricerca condotta appaiono confortanti in merito alla capacità dello strumento di indagare gli aspetti di funzionamento delle équipe educative all'interno dei contesti terapeutici (*coverage*). Esso appare altresì esaustivo delle diverse componenti di significato implicate nel costrutto.

I limiti del presente lavoro sono, in parte, riconducibili alla complessità e "inafferrabilità" del costrutto indagato, ampiamente denunciata dalla letteratura di settore, il quale implica il tenere in considerazione un modello di rilevazione multidimensionale che si esplica attraverso una struttura fattoriale che contempla numerose dimensioni (22 fattori). Le procedure statistiche di validazione preliminare dello strumento, inoltre, sono state applicate ad un gruppo di soggetti con una numerosità relativamente limitata (173 soggetti), pur corrispondendo alla quasi totalità degli operatori che lavorano all'interno delle strutture terapeutiche per adolescenti presenti sul territorio nazionale, limite imposto, pertanto, dalla situazione attuale relativa alla realtà delle Comunità Terapeutiche per adolescenti e dal tentativo di applicare tale metodologia di analisi ad un contesto reale di cura. All'interno della scheda anagrafica, sulla base dei risultati della prima somministrazione, ci riproponiamo, per una futura versione, di raggruppare le descrizioni dei profili degli operatori in categorie discrete al fine di limitare l'estrema eterogeneità dei profili emersi dalla compilazione degli stessi, difficile da gestire per le analisi successive. Tale strategia è stata, infatti, adottata già nella fase di elaborazione preliminare del presente lavoro, raggruppando i profili in 9 categorie. Infine, una componente perfezionabile è da individuarsi a livello della numerosità stessa degli item che, nella versione somministrata, costituita da 144 item, ha potuto determinare un potenziale bias di attenzione e capacità di concentrazione da parte degli operatori, appesantendo, talvolta, la comprensione degli item stessi, andando chiaramente ad influire sui tempi di compilazione del questionario. Ci proponiamo, pertanto, di ridurre tale componente attraverso la presentazione della versione definitiva dello strumento composta da 119 item (vedi Appendice finale).

Sarà nostro obiettivo, a questo punto, proseguire il lavoro impostato attraverso un'applicazione sistematica dell'inventario ad un campione più vasto di operatori che lavorano all'interno di CT, finalizzata ad una sua validazione definitiva e, soprattutto, alla sua implementazione all'interno delle routine di ricerca attive nei contesti residenziali di cura. La valutazione dell'influenza del costrutto di clima all'interno dei possibili fattori terapeutici operanti in tali servizi potrebbe infatti costituirsi quale importante elemento di innovazione rispetto alla ricerca ma anche alla clinica. Una clinica che possa riconoscere oltre ai tradizionali fattori specifici, anche l'importanza della quotidianità relazionale quale possibile fattore interveniente nella modificazione comportamentale e strutturale dei pazienti trattati presso tali contesti. Auspichiamo, dunque, che

questo possa costituire un ulteriore passo nella direzione di avvicinare la ricerca alla pratica clinica nei contesti reali in cui questa viene esercitata.

Bibliografia

Ahn, H., & Wampold B. E. (2001). Where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 251-257.

Bartholomew, K., & Horowitz L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.

Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.

Cortese, C. G. (2004). La soddisfazione per il lavoro. *Sviluppo & Organizzazione*, 206, 89-104.

Corulli, M. (a cura di) (1997). *Terapeutico e antiterapeutico. Cosa accade nelle comunità terapeutiche?* Torino: Bollati Boringhieri.

Cristofanelli, S., & Zennaro, A. (2007). Possibili evoluzioni del CS: la valutazione dei contenuti. In Zennaro A., Lis A., Salcuni S., Parolin L., Mazzeschi C. *Il Rorschach secondo il Sistema Comprensivo di Exner. Manuale per l'utilizzo dello strumento*. Milano: Raffaello Cortina.

D'Amato, A., & Majer, V. (2005). *Il vantaggio del clima. La ricerca del clima per lo sviluppo organizzativo*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli A. (2006). *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Deci E. L., Ryan R. M., Gagne M., Leone D. R., Usunov, J., & Kornazheva, B. P. (2001). Need satisfaction, motivation, and well-being in the work organisations of a former eastern bloc country: A cross-cultural study of self-determination. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 930-942.

De Coro, A., & Andreassi, S. (2004). *La ricerca empirica in psicoterapia*. Roma: Carocci.

Ferruta, A., Foresti, G., Pedriali E., & Vigorelli M. (a cura di) (1998). *La comunità terapeutica. Tra mito e realtà*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Giammaria, M., & Zennaro, A. (in stampa). *La comunità terapeutica per adolescenti. Descrizione di un modello*. Roma: Carocci.

Glisson, C. (2002). The Organizational Context of Children's Mental Health Services. *Clinical Child and Family Review*, 5, 233-253

Haigh, R. (2002). Therapeutic community research: past, present and future. *Psychiatric Bulletin*, 26, 65-68.

Horvath, A.O., & Bedi R.P. (2002). The alliance. In J. Norcross (a cura di), *Psychotherapy Relations That Work*. Oxford: Oxford University Press.

Johannesson, R. E. (1976). Some problems in the Measurement of Organizational Climate. *Administrative Science Quarterly*, 21, 95-103.

Karasu, T. B. (1986). Il dilemma tra specificità e non specificità: verso l'identificazione dei fattori di cambiamento terapeutico. Tr. it. in Del Corno F., Lang M. (a cura di), *Psicologia Clinica, (1) Fondamenti storici e metodologici*. Milano: Franco Angeli.

Kressel, D., De Leon, G., Palij, M., & Rubin, G. (2000). Measuring client clinical progress in therapeutic community treatment. The Therapeutic Community Client Assessment Inventory, Client Assessment Summary, and Staff Assessment Summary (2000). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 267-272.

Lambert, M. J., (a cura di) (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th ed. New York: John Wiley and Sons.

Lis, A., Zennaro, A., Parolin, L., & Salcuni S. (2007). Rorschach Comprehensive System data for a sample of 249 adult not patients from Italy. *Journal of Personality Assessment*, vol. 89, 80-84.

Lombardo, A. (2004). *La comunità psicoterapeutica. Cultura, strumenti, tecnica*. Milano: Franco Angeli.

Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 68, 438-450.

Majer, V., & D'Amato, A. (2001). *Majer-D'Amato Organizational Questionnaire (M-DOQ). Questionario Multidimensionale del Clima Organizzativo*. Padova: Unipress.

MacKenzie, D. A. (1981). *Statistics in Britain, 1865-1930: The Social Construction of Scientific Knowledge*. Edinburgh: Edinburgh UP.

Masoni, P., Balducci, P., Coratti, C., Hansen, P., & Melgiovanni S. (a cura di), (2000). *Le Comunità Terapeutiche. Ricerca sul funzionamento organizzativo e formazione degli operatori*. Roma: Edizioni Kappa.

Pedriali, E. (2000). La professionalità dell'Operatore di Comunità: tra funzione psicoterapeutica e funzione psicoeducativa. In L. Dozza (a cura di) *Professioni educative per il Sociale. Teorie e metodologie del lavoro di gruppo*. Bari: Adda Editore.

Perini, M. (2002). La cultura organizzativa della comunità terapeutica. Disponibile online in <http://www.psychomedia.it/pm-proc/duparc2002/perini.htm>

Piper, W. E. (1983). Cohesion as a Basic Bond in Groups. *Human Relations*, 36, 93-108.

Quaglino, G. P. (2001). In V. Majer e A. D'Amato, *Majer-D'Amato Organizational Questionnaire (M-DOQ). Questionario Multidimensionale del Clima Organizzativo*. Padova: Unipress.

Quaglino, G. P. (2004). *La vita organizzativa. Difese, collusioni e ostilità nelle relazioni di lavoro*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Quaglino, G. P., Mander, M. (1987). *Climi organizzativi*. Bologna: Il Mulino.

Racamier, P. C. (1997). Una comunità di cura psicoterapica. *Psichiatrie Francaise*, 1, 137-152.

Rapoport, R. N. (1960). *Community as a Doctor. New Perspectives on a Therapeutic Community*. London: Tavistock Publications.

Schneider, B. (1973). The perception of organizational climate: the customer's view. *Journal of Applied Psychology*, 57, 248-256.

Vigorelli, M. (2006). La Comunità Terapeutica come organizzazione sociale per la cura. Il Modello della Comunità Terapeutica: L'area inglese. *Terapia di Comunità*, 6, 32.

Vigorelli, M. (2006). La Comunità Terapeutica come organizzazione sociale per la cura. Il Modello della Comunità Terapeutica: L'area statunitense. *Terapia di Comunità*, 6, 34.

Vigorelli, M. (2008). La Comunità Terapeutica come organizzazione sociale per la cura. Il Modello della Comunità Terapeutica: L'area francese. *Terapia di Comunità*, 8, 38.

Zennaro, A., Cristofanelli, S., & Vottero Ris, F. (2006). Indicazioni per una buona metodologia della ricerca. In N. Dazzi, V. Lingiardi, A. Colli, *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.

Zennaro, A., & Lis, A. (2006). L'uso dei test proiettivi nella ricerca in psicoterapia: vantaggi e limiti. In: Dazzi N., Lingiardi V., Colli A.. *La ricerca in Psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.

Zennaro, A., Cristofanelli, S., Ferro, L., & Vottero Ris F. (2007). Problemi legati alla diagnosi di personalità nell'età adulta e in adolescenza. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 1, 142-172.

Zennaro, A., & Ferro L. (2007). L'utilizzo del Rorschach nel contesto giuridico-forense. In Zennaro A., Lis A., Salcuni S., Parolin L., Mazzeschi C. *Il Rorschach secondo il Sistema Comprensivo di Exner. Manuale per l'utilizzo dello strumento*. Milano: Raffaello Cortina.

Zennaro, A., Ferro, L., Salcuni, S., & Tenzon, S. (2007). Confronto fra somministrazione individuale e collettiva del test di Rorschach: primi dati. *Bollettino di Psicologia Applicata*, vol. 253, 70-81.

Zennaro, A., Lis, A., Salcuni, S., Parolin, L., & Mazzeschi, C. (2007). *Il Rorschach secondo il Sistema Comprensivo di Exner. Manuale per l'utilizzo dello strumento*. Milano: Raffaello Cortina.

Zennaro, A., Parolin, L., Calvo, V., & Meyer, G. (2007). The impact of administration and inquiry on Rorschach Comprehensive System protocols in a national reference sample. *Journal of Personality Assessment*, vol. 89; p. 193-200.

Zennaro, A., Cristofanelli, S., Ercolin, D. M., Ferro, L., & Vottero Ris F. (2008). Gli inventari di personalità di Millon: Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI III) e Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI). Basi teoriche, descrizione e uso clinico. In Lang M & Del Corno F. (Eds). *Linee di ricerca in testologia*. Milano: Franco Angeli.

Zennaro, A., Ferracuti, S., Lang, M., & Sanavio E. (2008). *MCMI III Millon Multiaxial Clinical Inventory: Adattamento Italiano*. Firenze: Giunti OS.

Ricevuto: 2 dicembre 2008. **Revisionato:** 28 giugno 2009. **Accettato:** 13 luglio 2009.

APPENDICE: Media e deviazione standard degli item totali (prima versione)

ITEM	M	DS	ITEM	M	DS	ITEM	M	DS
1	2.97	0.845	51	1.05	1.016	101	1.87	0.912
2	2.65	0.856	52	1.01	0.975	102	1.9	0.875
3	1.98	0.979	53	1.39	0.835	103	2.19	1.016
4	3.21	0.818	54	1.97	0.881	104	1.88	0.889
5	2.07	0.964	55	3.09	0.858	105	3.39	0.729
6	3.65	0.583	56	1.73	0.946	106	2.07	0.939
7	3.17	0.73	57	1.63	0.833	107	2.91	0.889
8	1.54	0.744	58	2.98	0.982	108	2.63	0.776
9	3.58	0.743	59	1.81	0.873	109	1.82	0.966
10	3.29	0.725	60	3.22	0.74	110	2.82	0.884
11	2.79	0.985	61	0.81	0.727	111	0.44	0.714
12	3.37	0.738	62	3.29	0.84	112	3.43	0.84
13	1.82	0.937	63	2.83	0.808	113	1.71	0.796
14	1.78	0.975	64	2.96	0.836	114	3.2	0.86
15	2.34	0.857	65	3.39	0.679	115	3.15	0.985
16	2.71	1.046	66	1.65	0.821	116	2.37	1
17	3.17	0.813	67	2.76	0.886	117	3.78	0.508
18	2.57	0.913	68	3.03	1.095	118	1.8	1.011
19	2.55	0.799	69	1.85	0.97	119	2.57	0.714
20	3.34	0.882	70	2.17	0.928	120	2.31	1.06
21	3.24	0.788	71	1.65	0.964	121	3.44	0.631
22	1.81	1.026	72	1.7	0.996	122	3.61	0.658
23	1.99	0.975	73	1.82	0.825	123	1.64	0.867
24	1.61	0.798	74	1.79	0.926	124	1.55	0.889
25	1.36	0.586	75	1.66	0.884	125	1.27	0.708
26	2.22	0.936	76	2	0.931	126	2.57	1.091
27	2.15	0.986	77	0.83	0.817	127	2.03	0.967
28	2.31	0.933	78	0.97	0.975	128	2.7	1.021
29	1.94	0.896	79	1.84	1.09	129	1.99	1.02
30	0.97	0.908	80	0.99	0.865	130	2.36	1.065
31	3.13	0.795	81	2.08	0.951	131	2.31	1.044
32	2.29	1.101	82	0.66	0.834	132	2.65	1.108
33	1.72	0.993	83	2.97	0.9	133	3.23	0.771
34	2.81	0.985	84	3.46	0.789	134	2.96	0.881
35	1.65	0.917	85	2.32	1.002	135	2.52	1.074
36	2.06	0.918	86	1.8	0.821	136	1.92	0.92
37	2.17	1.068	87	2.66	1.042	137	2.1	1.013
38	2.19	1.041	88	2.15	0.88	138	3.01	0.996
39	1.8	0.819	89	2.1	1.035	139	1.92	0.914
40	1.6	0.725	90	1.7	0.898	140	1.61	0.638
41	1.68	0.739	91	2.33	0.84	141	1.09	0.889
42	2.42	0.994	92	3.59	0.619	142	2.34	0.97
43	1.85	0.981	93	1.8	0.852	143	2.81	1.064
44	2.64	1.013	94	2.86	0.89	144	3.32	0.866
45	2.27	0.905	95	1.92	0.94			
46	1.75	0.986	96	1.19	0.833			
47	1.85	0.9	97	3.15	0.742			
48	0.51	0.765	98	3.53	0.764			
49	2.38	0.885	99	1.9	0.929			
50	1.87	0.953	100	2.83	0.96			

APPENDICE 2: Il questionario definitivo (119 item)

<p>Leggi ciascuna affermazione e scegli, tra le quattro alternative di risposta, quella più vicina al tuo modo di percepire il tuo lavoro e la tua organizzazione. Contrassegna, apponendo una crocetta nell'apposito spazio, il numero corrispondente alla risposta da te prescelta secondo la seguente scala:</p> <p>1 = falso 2 = abbastanza falso 3 = abbastanza vero 4 = vero</p>					Falso	Abbastanza falso	Abbastanza vero	Vero
24	Ho paura di essere aggredito/a quando sono in comunità				1	2	3	4
81	La direzione prende le decisioni riguardanti l'organizzazione del lavoro senza consultare il personale				1	2	3	4
61	Nella mia équipe c'è un forte spirito di cooperazione				1	2	3	4
49	Qui è difficile ottenere che le decisioni vengano prese in tempo breve				1	2	3	4
12	Credo che i clinici siano adeguatamente formati al loro lavoro				1	2	3	4
126	Penso che all'interno della mia comunità il turnover degli operatori sia troppo elevato				1	2	3	4
44	Si favorisce lo sviluppo di risorse all'interno della comunità piuttosto che l'assunzione dall'esterno di altri operatori				1	2	3	4
59	Gli ordini vengono impartiti senza tenere conto del lavoro che si sta già svolgendo				1	2	3	4
103	Nella mia comunità gli operatori non vengono sufficientemente informati sulle decisioni prese dal vertice				1	2	3	4
48	Posso avere facilmente dei colloqui personali con i miei responsabili				1	2	3	4
127	Trovo difficile e stancante seguire l'ingresso di nuovi operatori rispetto alla gestione dei pazienti				1	2	3	4
46	I miei responsabili ignorano i miei problemi personali quando ho delle difficoltà nel mio lavoro				1	2	3	4
111	Gli operatori della mia équipe cercano di mettere a proprio agio i nuovi arrivati (operatori e pazienti)				1	2	3	4
108	Nella mia équipe le decisioni che si prendono vengono realizzate molto rapidamente				1	2	3	4
22	I membri dell'équipe spesso evitano di prendere in considerazione problemi importanti che possono talvolta verificarsi tra loro				1	2	3	4
14	Le conflittualità di natura amministrativa tra l'organizzazione dell'équipe e quella dei clinici ricadono anche sulla qualità dei progetti inficiandoli				1	2	3	4
47	Nella mia équipe l'atmosfera è tesa				1	2	3	4
73	Ricevo l'ordine di fare un lavoro senza che mi si diano i mezzi e le risorse per eseguirlo correttamente				1	2	3	4
60	Nel mio lavoro dispongo di una certa autonomia				1	2	3	4
117	Penso che il mio lavoro sia utile				1	2	3	4
32	Spero di trovare un altro lavoro				1	2	3	4
29	Consentiamo troppa libertà ai pazienti in comunità				1	2	3	4
58	Il mio lavoro mi permette di usare ogni mia capacità e conoscenza				1	2	3	4
36	Mi risulta abbastanza facile lasciarmi coinvolgere emotivamente in relazioni intime				1	2	3	4
41	Mi sento a mio agio se sono coinvolto/a in relazioni emotive intime, ma talvolta penso che gli altri non attribuiscono a me sufficiente importanza				1	2	3	4
109	I miei responsabili non mi informano prima di prendere una decisione riguardante il mio lavoro				1	2	3	4
62	Le persone hanno la possibilità di esprimersi liberamente				1	2	3	4
82	Nella mia équipe gli operatori possono permettersi di esprimere i propri sentimenti				1	2	3	4
135	Ritengo che gli orari ed il monte ore lavoro siano eccessivi e troppo pesanti per i compiti svolti				1	2	3	4

<p>Leggi ciascuna affermazione e scegli, tra le quattro alternative di risposta, quella più vicina al tuo modo di percepire il tuo lavoro e la tua organizzazione. Contrassegna, apponendo una crocetta nell'apposito spazio, il numero corrispondente alla risposta da te prescelta secondo la seguente scala:</p> <p>1 = falso 2 = abbastanza falso 3 = abbastanza vero 4 = vero</p>				
	Falso	Abbastanza falso	Abbastanza vero	Vero
69 I miei responsabili diretti esitano a sostenere le mie rivendicazioni presso la direzione	1	2	3	4
107 Le funzioni connesse al mio ruolo sono chiaramente definite	1	2	3	4
57 Nella mia équipe le ambizioni personali di ciascuno contano più dello spirito di gruppo	1	2	3	4
70 Ricevo ordini contraddittori da differenti persone	1	2	3	4
93 E' difficile sapere dove ottenere informazioni chiare, precise e certe	1	2	3	4
16 Il Sistema Sanitario non è sufficientemente consapevole del lavoro che svolgiamo con i pazienti	1	2	3	4
65 Mi viene permesso di assumermi un certo numero di responsabilità	1	2	3	4
143 Penso che i clinici dovrebbero tenere in maggiore considerazione l'opinione dell'équipe educativa nella gestione degli inserimenti dei nuovi pazienti	1	2	3	4
83 Il mio lavoro è definito in modo chiaro	1	2	3	4
142 Mi capita di sentire degli "scollamenti" rispetto al modo di intendere il progetto terapeutico da seguire tra clinici ed équipe	1	2	3	4
25 Ho paura dei pazienti con cui lavoro	1	2	3	4
72 La direzione esita ad introdurre dei cambiamenti anche quando essi sono necessari	1	2	3	4
43 Nella mia comunità viene considerato prima di tutto l'aspetto economico a scapito degli aspetti sociali e umani	1	2	3	4
66 Quando ne ho bisogno ho delle difficoltà nell'ottenere dai miei responsabili un supplemento di informazione	1	2	3	4
76 I responsabili sembrano sempre bene informati ma trascurano d'informare gli altri	1	2	3	4
132 Ritengo che la figura del coordinatore si trovi spesso a gestire conflitti d'interesse rispetto alle dinamiche tra la direzione, l'équipe, i clinici e i Servizi	1	2	3	4
120 Alcuni colleghi della mia équipe "sparlano" facilmente di altri	1	2	3	4
119 Il mio è un lavoro di routine	1	2	3	4
91 E' malvisto manifestare i propri sentimenti e le proprie emozioni	1	2	3	4
89 Non è piacevole il modo in cui si evidenziano gli errori commessi sul lavoro	1	2	3	4
137 Ho la sensazione che la patologia dei pazienti sia "contagiosa" rispetto al funzionamento della mia équipe	1	2	3	4
79 Ho un ruolo più importante nelle mie attività esterne che nel mio lavoro	1	2	3	4
74 La comunicazione verso l'alto consiste unicamente nel rispondere alle richieste	1	2	3	4
68 La mia comunità è situata in un luogo piacevole e comodo	1	2	3	4
122 Nella mia comunità si pensa che l'aiuto reciproco fra i membri dell'équipe favorisca un rendimento migliore	1	2	3	4
98 Nella mia équipe è possibile esprimere i propri bisogni di formazione	1	2	3	4
114 Posso manifestare apertamente il mio dissenso su problemi di lavoro ai miei colleghi, pur rimanendo in buoni rapporti	1	2	3	4
94 Qui le persone sono fiere della loro comunità	1	2	3	4

Leggi ciascuna affermazione e scegli, tra le quattro alternative di risposta, quella più vicina al tuo modo di percepire il tuo lavoro e la tua organizzazione. Contrassegna, apponendo una crocetta nell'apposito spazio, il numero corrispondente alla risposta da te prescelta secondo la seguente scala: 1 = falso 2 = abbastanza falso 3 = abbastanza vero 4 = vero									

Leggi ciascuna affermazione e scegli, tra le quattro alternative di risposta, quella più vicina al tuo modo di percepire il tuo lavoro e la tua organizzazione. Contrassegna, apponendo una crocetta nell'apposito spazio, il numero corrispondente alla risposta da te prescelta secondo la seguente scala: 1 = falso 2 = abbastanza falso 3 = abbastanza vero 4 = vero				
	Falso	Abbastanza falso	Abbastanza vero	Vero
55 Il mio lavoro mi procura molte soddisfazioni	1	2	3	4
141 Mi sento adeguatamente supportato/a nell'affrontare i momenti di crisi sul lavoro dall'équipe clinica	1	2	3	4
5 Non sono soddisfatto/a del valore attribuito alle mie opinioni da parte dell'équipe clinica	1	2	3	4
123 Sento che sto diventando infastidito/a da quello che faccio	1	2	3	4
110 Gli ambienti di lavoro sono confortevoli	1	2	3	4
99 L'informazione arriva essenzialmente da voci di corridoio	1	2	3	4
77 Nel momento del bisogno l'informazione è disponibile	1	2	3	4
23 Tra i colleghi spesso c'è rabbia e attrito	1	2	3	4
3 Credo che i clinici prevarichino gli educatori nella formulazione dei progetti terapeutici	1	2	3	4
45 Il mio ruolo nell'équipe non è ben stabilito	1	2	3	4
30 Mi sento di condividere il modo in cui vengono gestiti attualmente i progetti terapeutici dei pazienti	1	2	3	4
19 Non sono soddisfatto/a di essere entrato/a a far parte di questa équipe	1	2	3	4
18 Sento di influenzare con la mia opinione ciò che il gruppo decide	1	2	3	4
86 I miei suggerimenti vengono raramente trasmessi alla direzione	1	2	3	4
78 Gli operatori possono senza timore dire cosa pensano riguardo all'équipe	1	2	3	4
53 Nella mia équipe gli operatori si capiscono senza problemi	1	2	3	4
144 Ritengo che il burn-out costituisca il rischio principale nella mia professione	1	2	3	4
97 Conosco perfettamente la portata ed i limiti delle mie responsabilità	1	2	3	4
112 Il mio lavoro mi appassiona	1	2	3	4
106 Mi è difficile prevedere l'ascolto che riceverò quando ho una richiesta da fare ai miei responsabili	1	2	3	4
130 Sento che la gestione dell'emergenza in comunità ostacola la realizzazione del progetto terapeutico	1	2	3	4
56 Gli incentivi economici si ottengono più per conoscenze personali che per i risultati che si conseguono con l'impegno e le capacità	1	2	3	4
96 L'informazione circola rapidamente	1	2	3	4
102 Troppe persone devono essere consultate prima di poter intraprendere qualsiasi cosa	1	2	3	4
4 L'équipe clinica ha ruoli chiari e ben definiti	1	2	3	4
80 Nel mio lavoro ho l'occasione di prendere iniziative personali	1	2	3	4
104 I responsabili trascurano di considerare i suggerimenti dei subordinati	1	2	3	4
88 Le regole ed i comportamenti da seguire sono vaghi e poco chiari	1	2	3	4

Leggi ciascuna affermazione e scegli, tra le quattro alternative di risposta, quella più vicina al tuo modo di percepire il tuo lavoro e la tua organizzazione. Contrassegna, apponendo una crocetta nell'apposito spazio, il numero corrispondente alla risposta da te prescelta secondo la seguente scala: 1 = falso 2 = abbastanza falso 3 = abbastanza vero 4 = vero					
		Falso	Abbastanza falso	Abbastanza vero	Vero
90	Nella mia équipe vi è molta rivalità fra gli operatori	1	2	3	4
134	Ritengo di aver bisogno di aggiornamenti costanti rispetto alla psicopatologia dei pazienti	1	2	3	4
136	Ho la sensazione di non "staccare mai" emotivamente e che il lavoro coincide con tutta la mia vita	1	2	3	4
87	Posso organizzarmi il lavoro come desidero purché lo concluda nei tempi prefissati	1	2	3	4
54	La diffusione dell'informazione avviene spesso in modo confidenziale	1	2	3	4
118	Nella mia comunità si preferisce dequalificare il personale piuttosto che licenziarlo	1	2	3	4