

Ruolo dell'accreditamento tra pari nelle comunità residenziali: l'esperienza del Visiting in Italia

Author(s) Marta Vigorelli,¹⁾ Simonetta Martini,²⁾ Sergio Surace, ³⁾

Affiliazioni:

- 1) Mito&Realtà, associazione per le comunità terapeutiche e residenziali, insegnamento di Interventi residenziali in comunità terapeutiche per adulti e minori, Università degli Studi Milano-Bicocca.
- 2) DSM Lecco-Merate
- 3) DSM Lecco-Merate

per la corrispondenza: Marta Vigorelli tel 3355211376 martavigorelli@gmail.com

RIASSUNTO

L'articolo presenta l'esperienza del Visiting, un processo di valutazione tra le comunità terapeutiche come accreditamento tra pari, avviata in Italia a partire dal 2010, da Mito&Realtà, associazione per le comunità terapeutiche e residenziali. Ispirato al progetto inglese del network *Community of Communities* finalizzato a monitorare la qualità dei contesti di cura, per ottenere l'accreditamento e il finanziamento da parte del Servizio Sanitario Nazionale, è stato applicato con alcune varianti al contesto italiano in 57 CT psichiatriche pubbliche e private, per adulti e adolescenti. Si tratta di un progetto strutturato di auto ed etero valutazione sul funzionamento delle CT, realizzato tra terne di comunità, per mezzo di visite incrociate in diverse regioni del Nord, Centro (incluse le CT del DSM di Grosseto) e Sud Italia. Gli obiettivi fondamentali del Visiting sono: riflettere sui punti di forza e di criticità di ogni CT, definire standard qualitativi condivisi, scambiare procedure, strumenti ed esperienze, avviare una ricerca qualitativa e quantitativa sui risultati, definire obiettivi di miglioramento annuale e trasmissione di buone pratiche, creando una rete di comunità con una cultura comune. I risultati raggiunti confermano gli obiettivi in progress.

SUMMARY

The article presents the experience of Visiting, a process of evaluation between therapeutic communities, accreditation peer to peer, launched in Italy by Mito&Realtà' Association for Therapeutic communities and residential, from 2010. Inspired by the project's English network *Community of Communities* aimed at monitoring the quality of care settings, for accreditation and funding by the National Health Service, it has been applied with some variations to the Italian context in 57 Community psychiatric public and private, affiliated with the public health system, for adults and adolescents. It is a structural project of self and hetero assessment of the operation of the Community made between tern of communities (modules of three communities) by means of crossed visits in different regions of North, Central (Including the Department of Mental Health of Grosseto) and South Italy. The basic objectives of visiting are: reflect on the strengths and weaknesses of each community, define shared quality standards, exchange procedures, tools and experiences, enable a qualitative and quantitative research, set targets for annual improvement transfer of best practices, creating a network of communities with a common culture. The results achieved so far confirm the objectives in progress.

Introduzione

I rischi più gravi connessi con i trattamenti residenziali sono stati da più parti riscontrati da alcune ricerche internazionali e italiane (Barbato, D'Avanzo et al. 2004) e da un'osservazione spontanea di molte realtà sorte come "monadi isolate" soprattutto nelle zone deprivate dal punto di vista culturale e senza contatti con le comunità scientifiche; fino agli anni '90 in particolare, sono state messe in evidenza la tendenza alla *stanzialità* dei pazienti che provenivano dall'ospedale psichiatrico e, più in generale, il pericolo di un ritorno alla istituzionalizzazione, a fronte di un'assenza iniziale di regolazione legislativa nazionale di standard organizzativi e clinici nelle singole regioni e di un costo rilevante di queste strutture per il Sistema Sanitario Nazionale (Maone, 2012; Magnani, Badia, Bardicchia, Bellugi, Piccinetti, Rossi, Cardamo-ne, 2012).

Anche le residenze fondate sul modello della Comunità terapeutica soffrono spesso di alcuni rischi di autoreferenzialità per le resistenze a un effettivo confronto, soprattutto per una sorta

di autoidealizzazione che tende a guardare con diffidenza o con formale tolleranza le realtà al di fuori del proprio modello (Pedriani, 1999). Per contrastare questi aspetti e in un'ottica di forte collegamento tra formazione, valutazione e ricerca, è stato pensato e proposto da Mito&Realtà il progetto del Visiting introdotto formalmente dal 2010, per favorire la conoscenza tra comunità attraverso un processo di valutazione dei suoi fattori terapeutici e strutturali, composto da una fase di auto valutazione e una fase di etero valutazione tra pari. È finalizzato all'acquisizione di consapevolezza delle CT sui propri punti di forza e di debolezza e promuove un'azione immediata sulle criticità, attraverso la definizione di obiettivi di miglioramento annuali e la collaborazione con le altre CT coinvolte.

Questo coinvolgimento ha lo scopo di creare una rete tra CT, per prevenire l'isolamento, e la valutazione fornisce ai membri delle comunità degli *standard di qualità* (benchmark) condivisi verso cui tendere. Realizza inoltre uno scambio circolare di buone pratiche, procedure, materiali ed esperienze più evolute trasmesse alle comunità che ancora non sono in grado di realizzarle. Infatti una caratteristica fondamentale del Visiting è l'assenza della dimensione giudicante, spesso implicitamente presente negli iter valutativi.

Il Visiting affonda le proprie radici teoriche nella ricerca azione di Lewin e nasce in Inghilterra nei primi anni 2000, quando il network *Community of Communities* guidato da Rex Haigh ha introdotto questo progetto strutturato sia sulla *peer review* che sulla *self review* per monitorare la qualità dei contesti di cura (per adulti, minori e nelle carceri) e per ottenere l'accreditamento e il finanziamento da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Alcune comunità italiane hanno partecipato direttamente a un ciclo di visite organizzato da Community of Communities: dopo un'attenta riflessione sui pregi e i limiti di questa prima tornata è nata l'esigenza di modificare il progetto con alcune varianti, che lo rendono applicabile al contesto italiano. Per questo, si è costituito un gruppo di ricerca che ha costruito un nuovo manuale, il VIVACOM e un questionario per adolescenti lo SCIA, che contengono nei loro Items aspetti assenti dal manuale inglese, che riguardano le caratteristiche delle comunità sia pubbliche che private, il coinvolgimento dei familiari, l'integrazione con la rete territoriale e la personalizzazione dei progetti di cura (PTR).

Nuova è anche l'organizzazione delle visite per *terne* di CT che ne possono fare richiesta avendo alcuni requisiti di base, con *costi* molto più contenuti rispetto al CoC; originale è la procedura con una organizzazione operativa coerente che coinvolge tutti gli Stakeholders (Operatori, ospiti e familiari) e che diventa una preziosa occasione di formazione per tutte le componenti comunitarie.

Un valore aggiunto del Visiting italiano è la parte relativa alla *ricerca* che si avvale sia di *metodi qualitativi che quantitativi*, con l'elaborazione dei dati delle compilazioni dei questionari non solo di gruppo, ma anche di quelli individuali e alla trasmissione delle "buone pratiche" da parte delle CT più evolute in un'area rispetto a quelle meno evolute in movimento dinamico non giudicante, finalizzato all'auto-aiuto.

Infine un altro aspetto innovativo è costituito dalla sinergia tra differenti istituzioni e associazioni scientifiche che insieme collaborano anche per il lavoro di ricerca; partecipano con Mito&Realtà, il Laboratorio di Gruppoanalisi e l'associazione AIRSAM, l'insegnamento universitario di Interventi residenziali di Milano-Bicocca e quello dell'Università di Palermo.

Dopo una prima fase pilota dal 2009 hanno realizzato il Visiting fino ad oggi, 57 Comunità terapeutiche, comunità alloggio e gruppi appartamento, sia con ospiti adulti che adolescenti e minori provenienti dal Nord, dal Centro Italia (comprese CT del DSM di Grosseto) e dal Sud, in particolare dalla Regione Sicilia.

Metodi

L'elaborazione delle procedure per realizzare questa esperienza ha avuto alcune fasi preparatorie di sperimentazione, ma dal 2014 si è stabilizzata ed è operativa una organizzazione comune che implica:

- la *consensus conference*: con la quale si riuniscono periodicamente tutti gli attori del processo valutativo
- Lo *scambio tra pari*: di visite, consulenze, materiali, strumenti, eventuali invii di pazienti.
- La *costruzione condivisa di manuali*: per la presentazione di linee guida, procedure, best practices, parametri operativi e di valutazione e di ricerca.

Pre- Visiting - In questa fase del processo viene costituita la terna che condividerà l'esperienza di Visiting. Viene scelta a partire dalle candidature delle comunità stesse all'Associazione Mito&Realtà, che poi provvederà a costruire la *terna* sulla base di alcuni criteri condivisi:

- l'omogeneità tra le strutture, così che il confronto avvenga tra realtà che possano rispecchiarsi l'un l'altra. Ciò permette di comprendere appieno le rispettive difficoltà e stimolarsi reciprocamente, tramite l'osservazione della diversa gestione che le altre comunità possono avere riguardo ad aspetti comuni a tutte e tre le strutture.
- la vicinanza geografica, il che consente che l'aspetto territoriale sia analogo e che sia più semplice la messa in pratica della ricerca.
- l'accreditamento regionale della struttura
- la presenza di supervisione

Una volta stabilita la terna, viene deciso dall'associazione quale tra i propri soci farà il *coordinatore esterno*, che gestisca ogni fase del programma convocando il primo incontro di fondazione della terna (con i responsabili) in cui conoscersi, spiegare le procedure e decidere il calendario delle visite. Parallelamente ogni comunità sceglie al suo interno due *facilitatori interni*, che dovranno occuparsi del rapporto con i coordinatori, di fare da tramite con la propria comunità, di gestire le riunioni interne di spiegazione del manuale, di redigere un report con punti di forza e di criticità e di distribuire e poi raccogliere i questionari compilati. Quindi il gruppo delegazioni è formato da due coordinatori esterni e due facilitatori di ognuna delle tre comunità.

A questo punto i facilitatori interni indicano una riunione in cui spiegare le procedure e distribuire i questionari, che verranno compilati individualmente da ogni operatore in forma anonima e poi raccolti dal facilitatore interno che li consegnerà al coordinatore esterno il giorno del Visiting. La seconda fase prevede che gli operatori in assetto plenario compilino il questionario comunitario, questo porta ad un momento collettivo di scambio di opinioni, pareri e riflessioni per giungere ad una visione comune. Dopo ciò, il facilitatore interno redige un *report* sui punti di forza e di debolezza del servizio, sulla base di quanto emerge dal questionario comunitario, e lo invia, insieme al questionario comunitario, al coordinatore esterno entro 15 giorni dalla data di Visiting nella propria C.T. Quest'ultimo provvederà ad inoltrare il tutto ai delegati così che possano avere una prima visione della realtà che andranno a visitare.

Il VISITING nelle comunità (3 giornate – TEMPO MAX. 3 MESI) con un orario scandito al mattino con una prima riunione delle delegazioni, un Community meeting condotto dai coordinatori esterni, la visita ai locali della comunità, il pranzo comunitario con tutti i partecipanti; nel pomeriggio la riunione delle due delegazioni in visita e infine il Community meeting con la restituzione dei risultati e l'elaborazione del documento finale con la proposta degli obiettivi di miglioramento annuale.

Il post-visiting e la ricerca. Il coordinatore esterno valutatore con competenze di ricerca scrive i verbali delle tre giornate di Visiting, che devono essere inviati ai delegati. Crea un database e l'elaborazione statistica con:

- i punteggi dei *questionari individuali anonimi*: vengono usati principalmente per condurre ricerca quantitativa ed elaborazioni statistiche. In primis permettono di rilevare i punti di forza e di debolezza delle comunità dando l'immagine che ogni operatore ha della propria C.T. e del suo funzionamento.
- i punteggi del *questionario comunitario*, la cui funzione è principalmente stimolare il confronto tra gli operatori della comunità ed tra la C.T. e la delegazione, è la base da cui si parte per vedere punti di forza e di debolezza nel giorno di Visiting.
- i punteggi del *questionario delle delegazioni*. Vengono usati per osservare le differenze tra essi e i punteggi medi dei VIVACOM o dello SCIA individuali della stessa C.T. e stabilire I *valori benchmark* che sono i punteggi più alti di funzionamento, espressi dalle delegazioni in ogni area, conseguiti da ogni comunità terapeutica; essi possono servire come meta per le CT che si trovano a livelli meno elevati di funzionamento.

Audit conclusivo della terna - A conclusione, i coordinatori esterni organizzano un forum della terna (anche via skype) per informare ogni comunità delle aree in cui i propri punteggi sono risultati bassi, in modo tale che gli operatori, acquisita tale consapevolezza, possano impegnarsi nell'anno seguente a migliorare questi aspetti. Se ciò accade o meno, verrà poi verificato nel nuovo ciclo annuale di Visiting.

Inoltre vengono comunicati a ciascuna comunità i propri *punti di eccellenza* e, in base a ciò, viene deciso quali procedure di best practices potrà trasmettere alle altre due C.T., che al contrario hanno mostrato delle debolezze sugli item relativi a una certa area. Quindi ogni comunità redigerà dei documenti in cui vengono illustrate le *best practices* in aree risultate punti di eccellenza e riceverà a sua volta le best practices delle altre due C.T. per aspetti in cui è risultata fragile.

Esempi di buone pratiche trasmissibili sono state: la possibilità di accordi e collaborazioni strutturalmente importanti con esponenti e con istituzioni della società civile per agevolare l'inclusione sociale dei propri ospiti; progetti psicoeducativi per la formazione al lavoro; indicazione di strategie per incrementare l'autonomia e la responsabilizzazione degli ospiti nel redigere i PTR, nel planning delle attività interne, nell'organizzare i laboratori e le ammissioni di nuovi ospiti, o indicazioni per prevenire il drop out degli operatori, o l'escalation dell'aggressività nelle situazioni di crisi ecc. (V.Sito).

Forum annuale – Una volta all'anno, "Mito&Realtà" organizza il *Forum annuale*, nel quale i rappresentanti di tutte le comunità, partecipanti al progetto Visiting, elaborano insieme questa esperienza presentando i risultati delle varie terne, discutendo difficoltà e aspetti di carenza emersi, a partire dai quali vengono poste le basi per riconoscere i problemi e i fattori comuni della metodologia comunitaria in Italia. Il primo si è svolto nel 2014 con vivace dibattito e scambio di vissuti, oltre che di dati, sia qualitativi che quantitativi; è emersa l'importanza di una riflessione sulle tipologie di leadership comunitarie e l'opportunità che siano solo parzialmente implicate nel Visiting, per consentire una maggiore autenticità nella comunicazione degli operatori. Nel 2015 si è espressa invece l'esigenza di sviluppare maggiormente l'area della della ricerca in collaborazione con gli insegnamenti universitari che collaborano al Visiting.

Materiali

Comunità per adulti: per la costruzione del manuale, l'équipe di ricerca ha in primis tradotto e utilizzato i questionari del Community of Communities, ovvero *Service Standard for Therapeutic Communities* (5° edizione, 2006) (a cura di Community of Communities, The Royal College of Psychiatrists' Research Unit- London and Association of Therapeutic Communities, United Kingdom) e poi l'ha rielaborato e integrato con il *Questionario di accreditamento professionale per il Dipartimento di Salute Mentale*, edizione 2008, 3° Revisione (a cura del QUASM, Associazione Italiana Qualità e Accreditamento in Salute Mentale, Erlicher, Rossi et al.) (Agnetti et.20110; Erlicher et al.2010) Questa integrazione ha avuto lo scopo di ottenere un questionario adatto alla realtà italiana con la *finalità di autovalutazione e revisione esterna tra pari*; è nato il VIVACOM (*VIsiting per la VAalutazione delle COMunità terapeutiche*) calibrato sulle residenze terapeutiche sia pubbliche sia private. La sua struttura ripercorre quella del "Questionario di accreditamento", nella parte dedicata alle residenze ed è poi arricchita da item del Community of Communities, selezionati sulla base di quelli ritenuti più esemplificativi della tipologia di lavoro della realtà italiana, e dalla riflessione con l'esperienza clinica dell'équipe di Mito & Realtà. In particolare sono stati aggiunti item riguardanti la *famiglia, ad aspetti clinici individuali, al clima terapeutico e alla relazione con i Servizi pubblici*.

E' comunque uno strumento in progress che ogni anno ha una revisione in base alle indicazioni dei gruppi di qualche miglioramento o chiarificazione degli Item.

Il questionario VIVACOM presenta le seguenti 10 aree :

1. *organizzazione generale*
2. *personalizzazione e diritti*
3. *clima terapeutico e comfort ambientale*
4. *caratteristiche generali della cura: dimensione individuale e gruppale (4.1 dimensione individuale ; 4.2 dimensione gruppale)*
5. *attività rivolta alle famiglie*
6. *sicurezza dei residenti e degli operatori*
7. *gestione del personale e formazione*
8. *integrazioni organizzative e collaborazioni*
9. *documentazione clinica e sistema informativo*

10. valutazione della qualità e ricerca.

Nel complesso 77 item in scala likert da 0 a 5. l'indicazione del punteggio costituisce uno stimolo alla discussione e al confronto in gruppo.

Il ruolo del questionario nel progetto è quello di promuovere sia la riflessione singolare di ogni operatore, tramite la sua compilazione individuale, sia poi la riflessione d'équipe, attraverso la discussione stimolata dalla stesura del questionario comunitario, che richiede una decisione di gruppo sui punteggi da assegnare agli item. Infine il VIVACOM è anche la base, nella sua compilazione comunitaria, per il confronto con gli operatori delle altre comunità.

Comunità per adolescenti e minori: lo strumento utilizzato è il Questionario SCIA (Standard Comunità Infanzia e Adolescenza), nato nel 2012 dalla traduzione e dall'adattamento del Manuale della seconda edizione degli Standard di *Community of Communities* del 2009 fatta con l'approvazione del *Community of Communities Project Team*. Gli Standard inclusi nello SCIA descrivono i processi e le strutture delle organizzazioni residenziali con finalità di cura, indagando il versante clinico, organizzativo e di network.

SCIA è un questionario di 143 Item che vuole abbracciare la funzionalità della comunità nella sua complessità e di conseguenza include diverse aree tematiche, facendo riferimento al suo corrispettivo inglese: i *Valori Centrali*, principi etici generali, gli *Standard Centrali*, cioè le priorità relazionali e organizzative delle comunità, e i cinque principi fondamentali derivati dai *Five Outcomes*, ovvero i cinque diritti universali dei bambini e dei ragazzi, definiti dal Governo inglese ed emessi nel *Children Act* del 2004. I Valori Centrali esprimono i principi basilari e la filosofia delle comunità e sintetizzano il percorso che un individuo dovrebbe intraprendere per sviluppare un buon equilibrio, attraverso il parallelismo con il percorso da svolgere in comunità, che contempla attaccamento ma anche acquisizione di responsabilità e attivazione di risorse personali e familiari. Gli Standard Centrali riportano i requisiti base che un servizio dovrebbe adottare, in termini di limiti e regole, creazione di un contesto sicuro, presenza di riunioni regolari e altri aspetti fondamentali. Infine i *Five Outcomes* descrivono i contesti e le strutture necessarie affinché i valori e gli standard diventino operativi e possano essere verificati, indagando quindi la presenza di riunioni d'équipe, supervisioni, regolamenti e relazioni adeguate, declinando i vari aspetti che li compongono in trentadue Sotto Aree circoscritte, che strutturano in modo differente la scomposizione anglosassone in Standard e relativi criteri.

Risultati e discussione

Il clima che ha contraddistinto le diverse esperienze del Visiting dal Nord al Sud, fino ad ora è stato di grande calore nell'esprimere accoglienza e convivialità e soprattutto un profondo desiderio di condivisione e confronto tra gli operatori e in parte con gli ospiti. La sola iscrizione al Visiting ha promosso in alcune Ct trasformazioni rilevanti come il cambiamento del "nome" di una CT poco rispondente alla mission di cura, l'eliminazione dei camici degli infermieri in CT ancora improntate al modello medico, la personalizzazione degli arredi o la messa a punto di una stanza per colloqui individuali in CT che privilegiano soprattutto la dimensione grupppale; ricca è stata anche la possibilità di scambiare materiali e strumenti diagnostici o l'invio di pazienti per ulteriori percorsi. Utili i momenti di narrazione delle differenti storie di fondazione, delle crisi evolutive, dei cambiamenti di leadership che hanno elicitato un' autoriflessione sulle dinamiche grupppali in atto o sulle situazioni di stallo su cui poter intervenire. Decisiva è stata la restituzione delle delegazioni per conferire valore alle CT che tendevano a svalutare il loro operato o il ridimensionamento di quelle autoidealizzanti.

Dal punto di vista dei risultati, il primato per il coinvolgimento di tutti gli stakeholders va al Visiting Sicilia, che ha visto una grande partecipazione di residenti e familiari, che si sono espressi nei due forum regionali con interventi spontanei ed emotivamente toccanti. Nonostante le difficoltà economiche e logistiche di questa regione, l'immersione delle realtà comunitarie nel tessuto sociale e i processi di inclusione e responsabilizzazione degli attori del processo valutativo sono evidenti e costituiscono un punto di riferimento per tutte le altre esperienze. Relativamente alle Comunità per *adolescenti e minori* la tendenza generale, trasversale nelle comunità osservate, è quella di eccellere negli aspetti relazionali e nei valori che vertono alla promozione di modelli relazionali sani, all'inclusione sociale e alla "non-patologizzazione". Invece la Sotto Area Apprendere dall'Esperienza, che richiama occasioni di

incontro tra CT, è quasi sempre critica. Questa debolezza ricorrente richiama la tendenza all'isolamento e la frammentazione in cui spesso ricadono i contesti comunitari, riconosciuta anche nel documento che sancisce l'accordo tra Governo, Regioni e Province, il cui obiettivo primario è una maggiore integrazione. Il Visiting come progetto coerente, che punta al network e all'integrazione, in prospettiva potrà facilitare il superamento di questa criticità (Colombo, 2015).

Per le comunità per *adulti*, i maggiori punti di forza sono rappresentati dalla centralità del fattore "Clima e confort ambientale", confermando i dati presenti in letteratura e tipici dell'estetica anche architettonica delle CT italiane (Moos, 1974, 1980,1996; Vigorelli, 2012). Soprattutto nelle Comunità del Nord e Centro Italia, altri punti di forza sono risultati quelli relativi alle "Caratteristiche generali della Cura" dei residenti e delle risorse umane, sia nella dimensione individuale che gruppale, dimostrando l'attenzione posta dagli operatori agli aspetti relazionali, emotivi e al percorso terapeutico riabilitativo.

Punti di criticità soprattutto nelle CT private sono nell'area "Integrazioni organizzative e collaborazioni"; ciò evidenzia come i rapporti con l'esterno (soprattutto i servizi invianti) e il coinvolgimento delle famiglie risultino carenti non solo per le distanze geografiche di alcuni residenti dai luoghi di origine, ma per "una resistenza da parte dell'intero sistema a migliorare la permeabilità con l'esterno" (Vigorelli, 2012; Masoni, Balducci, Coratti, Hansen, Melgiovanni, 2000).

Infine un punto carente comune, in tutte le terne e ribadito dai partecipanti del forum di Roma, riguarda la Ricerca e la raccolta sistematica dei Dati. È difficile trovare fondi, personale e tempo utile al miglioramento di questi aspetti, sebbene l'interesse e il desiderio siano presenti e il Visiting certamente cercherà di impegnarsi anche su questo fronte (Gillino, 2015).

Conclusioni

Dati i buoni risultati raggiunti fino ad ora, oltre l'espansione a nuove comunità di questa esperienza, quali prospettive s'intravedono per il futuro?

Come primo obiettivo per le CT del Nord e Centro Italia si porrà il maggiore coinvolgimento degli ospiti e dei familiari, attraverso la compilazione dell'UTEFAM (un manuale tratto dal VIVACOM ma ridotto negli Item) e soprattutto attraverso una loro diretta presenza negli incontri.

Un secondo obiettivo sarà la validazione statistica dei questionari SCIA e VIVACOM anche grazie ai dati raccolti nel ciclo di Visiting dal 2014 e il progetto di adottare strumenti comuni per la valutazione dell'esito con *follow up* a due anni, dei percorsi individuali degli ospiti con la valutazione di molteplici variabili (diagnosi, livello di gravità, adesione al trattamento, miglioramenti in varie aree della personalità, drop-out ecc.).

Infine si sta elaborando la proposta del Visiting come ciclo di tre annualità (anche non di seguito) con l'introduzione di un riconoscimento progressivo e una certificazione finale dello staff inglese di *Community of Communities* in base al raggiungimento degli obiettivi, spendibile con gli amministratori e le istituzioni esterne.

RICONOSCIMENTI

Si ringraziano tutti i professionisti che hanno contribuito alla elaborazione dei questionari e delle procedure del Visiting (Agata Barbagallo, Raffaele Barone, Matteo Biaggini, Rita Bisanti, Simone Bruschetta, Paola Cesari, Marino De Crescente, Amelia Frasca, Luca Gaburri, Francesca Giannone, Norma Ghisotti, Cinzia Guarnaccia, Maria Rita Infurna, Luca Mingarelli, Carmine Pasquale Pismataro) e i coordinatori esterni, i facilitatori interni e gli operatori, gli ospiti e i familiari delle 57 residenze che hanno partecipato.

CONFLITTO DI INTERESSI

Nessun autore del presente contributo ha relazioni economiche o personali o è affiliato con enti od istituzioni, pubbliche o private, che possano influenzarlo nell'esposizione dei dati, nell'elaborazione dei commenti o di qualsiasi altro contenuto espresso nel lavoro.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BARBATO A, D'AVANZO B, ROCCA G, AMATULLI A, LAMPUGNANI D; A study of long-term patients resettled in the community after closure of a Psychiatric Hospital in Italy. In: *Psychiatric Services*, 2004; 54 (1). 67-70.
- 2) MAONE A; Dimissioni e inserimento sociale. Oltre il mito del continuum residenziale. In: FERRUTA A, FORESTI G, VIGORELLI M (a cura di); *Le Comunità terapeutiche. Psicotici, borderline, adolescenti, minori*. Milano, Raffaello Cortina; 2012.
- 3) MAGNANI, BADIA, BARDICCHIA, BELLUGI, PICCINETTI, ROSSI, CARDAMONE, La residenzialità in Salute mentale: percorsi, progettualità ed esperienze nell' UF di salute Mentale adulti di Grosseto, in *NRSP*, vol.6, 20 dicembre, 2012
- 4) PEDRIALI E; Integrazione tra teoria e prassi nella formazione. In: MASONI P, BALDUCCI P, CORATTI C, et al (a cura di); *Le comunità terapeutiche. Ricerca sul funzionamento*. Roma, Kappa; 1999.
- 5) ATC - Association for Therapeutic Communities; The Kennard - Lees Audit Checklist (Revised Edition: June 2001). Publ. ATC website: www.therapeuticcommunities.org/klac.htm
- 6) ERLICHER A, ROSSI G; *Manuale di accreditamento per il Dipartimento di salute mentale*. Torino, Il Pensiero Scientifico; 1999.
- 7) GIANNONE F, GUARNACCI C, INFURNA M R, LO CASCIO M, FERRARO A M; Il questionario SCIA per la valutazione delle buone prassi nelle comunità per minori: analisi preliminari e proposte per una versione breve. In: abstract del convegno La ricerca in psicoterapia nell'era del DSM-5: back of forth?. Padova, Congresso Nazionale SPR-Italia Area Group; 12-14/09/2014.
- 8) COLOMBO F; Il progetto di valutazione Visiting in una terna di comunità terapeutiche per adolescenti. Università degli studi Milano-Bicocca, tesi di laurea in Psicologia clinica, neuropsicologia e psicologia dello sviluppo; 2015.
- 9) MOOS D; Evaluating the environments of residential care settings. In: *International Journal of Therapeutic Community*, 1980; 1(4): 311-35.
- 10) MOOS D; *Community-Oriented Programs Environment Scale Manual*, third edition. Palo Alto, Mind Garden; 1996.
- 11) MOOS D; *Ward Atmosphere Scale Manual*, third edition. Palo Alto, Mind Garden; 1996.
- 12) VIGORELLI M, BIAGGINI M, PISMATARO C P, MINGARELLI L; Complessità del processo di valutazione in comunità terapeutica. In: FERRUTA A, FORESTI G, VIGORELLI M (a cura di); *Le comunità terapeutiche*. Milano, Raffaello Cortina; 2012.
- 13) VIGORELLI M, GIANNONE F, MINGARELLI L, GUARNACCIA C, BRUSCHETTA S, BARONE R; Standard di servizio per le comunità terapeutiche per l'infanzia e l'adolescenza. Adattamento alla cultura italiana. In: FERRUTA A, FORESTI G, VIGORELLI M (a cura di); *Le comunità terapeutiche*. Milano, Raffaello Cortina; 2012.
- 14) MASONI P, BALDUCCI C, CORATTI C, HANSEN P, MELGIOVANNI S; *Le comunità terapeutiche*. Roma, ed Kappa; 2000.
- 15) GILLINO F; Il Visiting ricerca-azione in una terna di Comunità terapeutiche per adulti. Università degli Studi Milano-Bicocca, Tesi di Laurea in Psicologia clinica, neuropsicologia e psicologia dello sviluppo; 2015.
- 16) VIGORELLI M, BRUSCHETTA S, DE CRESCENTE M, GILLINO F, COLOMBO F; Il progetto visiting e lo strumento VIVACOM per l'accREDITamento tra pari delle comunità terapeutiche e residenziali per adulti. In: abstract del convegno La ricerca in psicoterapia nell'era del DSM-5: back of forth?. Padova, Congresso Nazionale SPR-Italia Area Group; 12-14/09/2014.

