

Il progetto visiting in italia: origini, articolazioni e prospettive

A. Angelini, S. Bruschetta, M. De Crescente, A. Frasca, L. Gaburri, F. Giannone, L. Mingarelli, C.P. Pismataro, M. Vigorelli

Abstract

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 ecc.) e per ottenere l'accreditamento e il finanziamento da parte del Servizio Sanitario Nazionale.

Il progetto Visiting italiano, che l'Associazione Mito&Realtà ha pensato, proposto e formalmente introdotto nel 2010, è finalizzato all'acquisizione di consapevolezza delle CT sui propri punti di forza e di debolezza, per promuovere un'azione immediata sulle criticità, attraverso la definizione di obiettivi di miglioramento annuali e la collaborazione con le altre CT partecipanti. Questo coinvolgimento ha lo scopo di creare una rete tra CT, per prevenire l'isolamento, e sostenere la ricerca di *standard di qualità* (benchmark) condivisi verso cui tendere. Obiettivo ultimo è la realizzazione di uno scambio circolare di buone pratiche, procedure, materiali ed esperienze più evolute, trasmesse alle comunità che ancora non sono in grado di realizzarle. Una caratteristica fondamentale del Visiting è l'assenza della dimensione giudicante, spesso implicitamente presente negli iter valutativi.

Gli autori descrivono le origini e la diffusione del Visiting con lo sviluppo di due varianti, evidenziando i fattori comuni a livello di metodo e di procedure e parzialmente di strumenti che li rendono pienamente confrontabili, ma anche le differenze, che consentono uno scambio reciproco e un arricchimento esperienziale.

Parole Chiave: Visiting, *best practice*, standard di qualità, valutazione tra pari, autovalutazione, comunità terapeutica.

L'importanza della valutazione degli interventi, sia ambulatoriali che residenziali è ormai sottolineata da diversi autori, anche in seguito al processo di aziendalizzazione dell'area sanitaria che ha comportato un ridimensionamento delle risorse, ma, sul versante propositivo, si rende necessaria in vista di un impegno nella promozione di interventi di cura valutati come efficaci (Donabedian, 1990; Migone, 1996; Roth&Fonagy, 1997; Seligman, 1995; Lees, Manning, Menzies, Morant, 2004; Di Nuovo, Lo Verso, 2005).

Concordiamo con Santo Di Nuovo circa il fatto che “una prassi senza valutazione e senza ricerca, specie nei difficili e complessi ambiti comunitari, sarebbe sorda e cieca. Sorda rispetto alle richieste della società civile di dimostrare l'efficacia di interventi che esso finanzia, e degli utenti (e delle loro famiglie), di avere delle garanzie sul trattamento a cui sono affidati. Cieca sui possibili aspetti critici di cui l'operatore non si accorgerebbe senza la verifica in itinere del suo operato. Cieca anche sulle possibili alternative al suo modo di lavorare, che segue schemi magari antichi e collaudati, ma che possono essere inadatti al tipo di utenza e di contesto specifici” (Di Nuovo, 2010). D'altro canto l'introduzione di questa pratica nelle strutture già oberate dal carico del lavoro clinico e burocratico è un'operazione delicata che esige una metodologia in grado di aiutare gli operatori a superare le resistenze e i vissuti persecutori per considerarla invece un'utile opportunità: per conoscere i risultati e conferire *valore* a quello che si fa, per *confrontarsi* con altre esperienze simili uscendo dall'isolamento o dalla facile auto idealizzazione e, soprattutto, per *migliorare la qualità* della cura e per apprendere e applicare *strumenti e tecniche innovative*.

Origini del Visiting

Per contrastare questi aspetti e in un'ottica di forte collegamento tra formazione, valutazione e ricerca, è stato pensato e proposto da Mito&Realtà un progetto di Visiting, introdotto formalmente

dal 2010, per favorire la conoscenza tra comunità attraverso un processo di valutazione dei fattori terapeutici e strutturali propri di questi dispositivi. Il progetto è finalizzato all'acquisizione di consapevolezza delle CT sui propri punti di forza e di debolezza, per promuovere un'azione immediata sulle criticità, attraverso la definizione di obiettivi di miglioramento annuali e la collaborazione con le altre CT partecipanti. Questo coinvolgimento ha lo scopo di creare una rete tra CT, per prevenire l'isolamento, e sostenere la ricerca di *standard di qualità* (benchmark) condivisi verso cui tendere. Obiettivo ultimo è la realizzazione di uno scambio circolare di buone pratiche, procedure, materiali ed esperienze più evolute, trasmesse alle comunità che ancora non sono in grado di realizzarle. 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 ecc.) 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 dalla Community of Communities: la prima esperienza è stata realizzata nel 2003-2004 con il coordinamento di Janine Lees da quattro comunità: la CT Il Porto (To) la Raymond Gledyll (RM) la Maieusis (RM) e Urbania (RM). Matteo Biaggini de Il Porto che aveva partecipato e tradotto il manuale inglese utilizzato in questa prima tornata, ha poi avuto il merito di trasmettere allo staff di Mito&Realtà di cui fa parte, il valore e le grandi potenzialità trasformative di questo processo di valutazione.

Il visiting italiano: fattori comuni e specificità delle diverse esperienze

Dopo un'attenta riflessione sui pregi e i limiti di questa prima tornata è nata l'esigenza di declinare il progetto con alcune varianti che lo rendessero realizzabile nel contesto italiano. Per questo, in Mito&Realtà si è costituito un gruppo di ricerca (1) che ha costruito un nuovo manuale per la valutazione, da parte degli operatori, del funzionamento delle comunità: il VIVACOM (2), che contiene nei suoi items aspetti assenti dal manuale inglese, riguardanti le caratteristiche delle comunità sia pubbliche che private, il coinvolgimento dei familiari, l'integrazione con la rete territoriale, la personalizzazione dei progetti di cura e l'ampliamento dell'area sulla formazione.

Nuova è anche l'organizzazione delle visite per *Terne* di CT, che possono fare richiesta di partecipazione avendo alcuni requisiti di base e i *costi* sono molto più contenuti rispetto alla CoC. Dopo una prima fase pilota, dal 2009 il Visiting organizzato da Mito&Realtà ha cominciato a sperimentarsi in diverse Comunità terapeutiche, sia con ospiti adulti che adolescenti e minori, provenienti dal Nord e dal Centro Italia. Nel 2012 è iniziata una fruttuosa collaborazione con il Laboratorio di Gruppoanalisi e l'Associazione AIRSaM attraverso gruppi di lavoro specializzati diretti da Simone Bruschetta, e con la prof. Francesca Giannone dell'Università degli Studi di Palermo, da cui sono nati l'elaborazione più dettagliata delle procedure di conduzione del progetto, il questionario SCIA per le comunità con bambini e adolescenti e la creazione dell'UTEFAM, una versione ridotta del manuale VIVACOM per rendere accessibile la valutazione anche alle altre due componenti essenziali della vita delle comunità: gli utenti e i familiari. Uno sviluppo di questa collaborazione è la nascita, con la Supervisione e la Consulenza Scientifica di Rex Haigh e Jan Lees, del Progetto Visiting DTC (Democratic Therapeutic Communities), come specifico Programma di Accreditamento di Qualità Gruppale-Comunitaria, fondato sul Modello Teorico della Comunità Terapeutica Democratica e sulla metodologia della Democratic Peer Accreditation (Haigh, Tucker, 2004; Bruschetta, 2017), di cui parleremo in un paragrafo successivo.

Un valore aggiunto del Visiting italiano è la parte relativa alla *ricerca empirica*, coordinata dalla prof. Giannone, insieme, più recentemente alla prof. Parroco, del Dipartimento di Scienze Psicologiche, Pedagogiche e della Formazione dell'Università di Palermo (3), che si avvale sia di *metodi qualitativi che quantitativi*, per la valutazione del funzionamento delle Comunità.

Aspetti qualificanti del Visiting italiano sono:

- 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.
- l'introduzione della *ricerca empirica* per la comprensione e la valutazione del funzionamento delle comunità.
- la *costruzione condivisa di manuali*: per la presentazione di linee guida, procedure, best practices.
- il coinvolgimento dei *manager* e delle *leadership*.
- la definizione di *procedure condivise di conduzione dell'esperienza*.

Riguardo a quest'ultimo punto, in particolare, l'elaborazione delle procedure ha avuto alcune fasi preparatorie di sperimentazione, ma dal 2014 si è stabilizzata ed è operativa una organizzazione comune di base che implica tre fasi del Visiting per ogni Ciclo Annuale di lavoro: Pre-Visiting; Visiting; Post-Visiting.

Fase 1 - Pre- Visiting

In questa fase viene costituita la terna che parteciperà all'esperienza di Visiting 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 altre comunità possono avere riguardo ad ambiti comuni di funzionamento;
- la vicinanza geografica, quando possibile, il che consente che l'aspetto territoriale sia analogo e che sia più semplice la realizzazione dello scambio.

I lavori della Terna vengono condotti da *coordinatori esterni*, con il compito di *facilitare* la comunicazione e l'organizzazione e di curare più specificamente gli aspetti della *valutazione e della ricerca*. Parallelamente ogni comunità sceglie al suo interno dei *facilitatori interni*, che dovranno occuparsi del rapporto con i coordinatori esterni e curare lo svolgimento delle attività di Visiting nella propria comunità. Più specificamente, i coordinatori esterni gestiscono ogni fase del programma in staff con i facilitatori interni delle comunità, a partire dalla convocazione del primo incontro di fondazione della terna in cui ci si conosce, si spiegano le procedure e si decide il calendario delle visite. I facilitatori interni coordinano tutti i lavori dentro le comunità per le attività di autovalutazione, le quali prevedono sia somministrazioni collettive che individuali di questionari, sia compilazione di report, schede e valutazioni qualitative. Infine ogni Comunità definisce tra i propri membri una delegazione che effettuerà le visite nelle diverse sedi della terna.

I coordinatori esterni provvedono ad inoltrare tutti i materiali prodotti nelle tre Comunità alle delegazioni così che queste possano avere una prima visione della realtà che andranno a visitare.

Fase 2-Il Visiting nelle comunità

Si tratta di 3 giornate di visita nelle tre Comunità (da effettuare in un tempo massimo di 3 mesi) con un orario scandito da un programma definito a priori, che prevede riunioni delle delegazioni, Community meeting, visita ai locali della comunità, pranzo comunitario e altri gruppi di lavoro ed elaborazione dell'esperienza, finalizzati allo scambio tra le comunità e alla valutazione, da parte delle delegazioni e dell'intero gruppo del Visiting, del funzionamento della comunità ospitante.

Fase 3-Il post-visiting e la ricerca

I coordinatori esterni scrivono i report delle tre giornate di Visiting e inseriscono nel database predisposto dai ricercatori per l'elaborazione statistica, i dati raccolti con gli strumenti per la ricerca empirica.

Questi dati vengono utilizzati per calcolare punti di forza e di debolezza delle Comunità e stabilire i *valori benchmark*, mete di riferimento per il funzionamento delle comunità.

Un *Forum Conclusivo della Terna* (anche via Skype) chiude il percorso di scambio tra le comunità delle terne. In esso, ogni comunità viene informata sulle aree in cui sono stati rilevati aspetti di forza e di debolezza. Su questa base vengono individuate le buone pratiche che le Comunità possono scambiarsi, al fine di innescare processi virtuosi di superamento dei limiti e di miglioramento.

Un *Forum annuale*, infine, si svolge una volta all'anno. In esso i rappresentanti di tutte le comunità, che hanno partecipato ad uno stesso programma di Accreditamento, elaborano insieme l'esperienza realizzata, presentando i risultati delle varie Terne e ponendo le basi per riconoscere i problemi e i fattori comuni della metodologia comunitaria in Italia. Fino ad ora si sono svolti i seguenti Forum Annuali organizzati dal programma di accreditamento di Mito&Realtà: nel 2013 a Rimini, nel 2014 e 2015 a Roma, e nel 2016 a Milano. I *Forum Annuali* organizzati dal Progetto Visiting DTC fino ad oggi invece sono stati sette: quattro del Programma DTC Sicilia (2013, Catania; 2015, Palermo; 2016 Caltagirone; 2017, Catania), uno del Programma DTC AUSL Sud.Est Toscana (2014 Grosseto) e uno del Programma DTC LegaCoopSociali (2017, Roma).

Audit di accreditamento finali

I programmi di visiting esitano in due tipologie di Accreditamento Finale: un Accreditamento di Qualità di Base ed un successivo Accreditamento di Qualità Gruppale Comunitaria.

Per le comunità che hanno concluso almeno tre cicli di Visiting e che possono dimostrare i propri miglioramenti e la formalizzazione di *buone pratiche*, è stata elaborata una comune procedura (4) per richiedere l'Audit di Accreditamento di Base, che consiste in una visita di una giornata, da parte di una Commissione di Valutazione congiunta designata dallo staff del Visiting di Mito&Realtà e del Progetto Visiting DTC. A seguito di una valutazione positiva della Commissione, è possibile ricevere la Certificazione, in un comune Forum Nazionale di Accreditamento di Base.

Nel 2016 si è svolto a Milano il Primo *Forum di Accreditamento di Base*, cui hanno partecipato Comunità Terapeutiche per utenti adulti, che ha riconosciuto alle Comunità la Certificazione di un livello base di efficacia nella gestione di ambienti residenziali e processi terapeutici, secondo un generale orientamento psicodinamico e bio-psico-sociale, con specifiche aree di efficacia rilevate attraverso il Questionario ViVaCom

Le prime quattro CT che hanno partecipato a questa fase conclusiva, e che hanno ottenuto la certificazione sono state: la CT Castelluccia (Gnosis), la CTA Sant'Antonio e la CT Passaggi (5) che avevano dimostrato, sia a livello quantitativo, sia a livello qualitativo, di aver realizzato progressi su varie aree di precedente criticità e formalizzato alcune buone pratiche che possono essere un punto di riferimento per tutto il network italiano. Emozionante è stata la cerimonia di conferimento dei certificati da parte di Rex Haig al Forum di Milano e la comunicazione del valore di crescita dell'esperienza stimolata dal Visiting.

Dal 2017 è possibile per tutte le Comunità partecipanti al Progetto Visiting DTC, ricevere inoltre uno specifico Accreditamento di Qualità Gruppale Comunitaria, che può essere conseguito dalle Comunità Terapeutiche (sia per Adulti che per Minori) ma anche dai Gruppi Appartamento che hanno portato a compimento i quattro Cicli Annuali di lavoro previsti dai Programmi DTC.

Altro fattore comune è il *training di formazione* per i coordinatori e per i valutatori esperti di Comunità, che si differenzia però nell'organizzazione e nei contenuti ed è gestito in autonomia da Mito&Realtà e da DTC.

Strumenti comuni

Descriviamo di seguito gli strumenti comuni utilizzati nelle esperienze di Visiting:

Comunità per adulti: il Manuale VIVACOM (*ViSiting per la VALutazione delle COMunità terapeutiche*) (Biaggini, Bisanti, De Crescente, Gaburri, Ghisotti, Martini, Moschetti, Pismataro e Vigorelli, 2012). Per la costruzione di questo strumento, l'équipe di ricerca di Mito & Realtà ha in primis tradotto e utilizzato i questionari della Community of Communities, ovvero i *Service*

Standard for Therapeutic Communities (5° edizione, 2006) (a cura di Community of Communities, The Royal College of Psychiatrists' Research Unit-London e la Association of Therapeutic Communities, United Kingdom). Questi sono stati poi rielaborati e integrati 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., 2008; Agnetti et al., 2010; Erlicher et al., 2010). L'integrazione ha avuto lo scopo di ottenere un questionario adatto alla realtà italiana con la *finalità di autovalutazione e revisione esterna tra pari*. Il VIVACOM è calibrato sulle residenze terapeutiche, sia pubbliche sia private, con l'aggiunta di items ritenuti più esemplificativi della tipologia di lavoro clinico e sociale della realtà italiana, in particolare riguardanti la *famiglia, aspetti clinici individuali, il clima terapeutico e la relazione con i Servizi pubblici*. E' comunque uno strumento in progress che ogni 4 anni ha una revisione - in base alle indicazioni dei gruppi - per qualche miglioramento o chiarificazione degli Item. Il questionario VIVACOM presenta 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.*

Il ruolo del questionario, nel progetto, è quello di organizzare e promuovere sia la riflessione personale di ogni operatore, tramite la compilazione individuale, sia poi la riflessione collettiva, 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.

E' in corso il lavoro di validazione del questionario VIVACOM e di riduzione del numero dei suoi items.

Anche gli utenti e i familiari, come attivi protagonisti della vita comunitaria sono coinvolti nella valutazione: per loro Simone Bruschetta ha ridotto e alleggerito il VIVACOM di alcune sezioni e items, creando l'UTEFAM, questionario più agevole per la compilazione, che in genere viene monitorata da un operatore in incontri di gruppo.

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* (Vigorelli et al. 2012). Gli Standard inclusi nello SCIA descrivono i processi e le strutture delle organizzazioni residenziali per i minori, indagando il versante clinico, organizzativo e di network.

Lo SCIA, elaborato dall'équipe della prof. Giannone è, nella versione originaria, un questionario di 143 Items, ridotti, nel lavoro di validazione dello strumento, a 68 (Guarnaccia, 2014; (Guarnaccia et. al. 2017) che vuole abbracciare la funzionalità della comunità nella sua complessità e include, come negli standard inglesi, diverse aree tematiche: i *Valori Centrali*, gli *Standard Centrali*, e i cinque risultati fondamentali (*Five Outcomes*), ispirati ai 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 di base e la filosofia a cui ispirarsi per costruire percorsi positivi di sviluppo, in una condizione relazionale sana, in buon equilibrio tra i bisogni di attaccamento, vicinanza e reciprocità e l'acquisizione di responsabilità e attivazione di risorse personali. Gli Standard Centrali

descrivono le priorità relazionali e organizzative delle comunità, le strutture, i processi giornalieri e le esperienze individuali che un servizio dovrebbe adottare perché i percorsi di sviluppo possano aver luogo (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. Indagano quindi la presenza di riunioni d'équipe, supervisioni, regolamenti, progetti e relazioni adeguate.

Specificità del Visiting di Mito&Realtà

Dal punto di vista organizzativo presenta una parziale differenziazione rispetto al modello siciliano in quanto è più contenuto nei costi (per l'utilizzo di Skype nella fondazione della terna e nel meeting finale) nel numero di strumenti (solo il VIVACOM e l'UTEFAM per le CT adulti, e lo SCIA per adolescenti) e nell'orario della visita (fino alle 17).

Il Training di formazione per coordinatori e valutatori di ricerca è iniziato nel 2017 con un workshop esperienziale che si ripeterà ogni anno, ed avrà un'introduzione teorico-clinica e sulle dinamiche di gruppo, una condivisione di vita comunitaria e due simulazioni di come può realizzarsi il Visiting, osservata dallo staff dei coordinatori senior e ridiscussa tra tutti i partecipanti. Un aspetto qualificante è rappresentato dall'*ottica psicoanalitica, integrata a quella bio-psico-sociale* che appartiene sia alle comunità che fanno domanda, sia ai coordinatori esterni che da tempo sono associati a Mito&Realtà: tutti hanno fatto esperienza sul campo, ma soprattutto un lavoro analitico personale. Generalmente fanno domanda di Visiting le comunità che hanno conosciuto l'associazione attraverso l'esperienza di convegni, supervisioni o interventi di crisi o consulenze organizzative e che sono interessate ad un approfondimento clinico, ma anche ad esplorare gli aspetti profondi che ostacolano il fluire collaborativo del lavoro di gruppo generando stati di sofferenza, che spesso si trasmettono ai residenti creando situazioni di emparse, antiterapeutiche.

Aspetto qualificante è un modo di intendere la comunità terapeutica come organismo democratico con una *leadership* clinica e organizzativa, distinta ma in costante dialogo, uno staff che funziona da followership (6), che promuove e sostiene i progetti personalizzati per i residenti e le molteplici attività, con una corresponsabilità grupale orientata all'integrazione(7) e al mantenimento di un clima emotivo-affettivo sicuro e protettivo sia per i residenti che per gli operatori (Correale 2006; Hinshelwood 1989; Perini 2012; Ferruta, Foresti, Vigorelli 2012). Comunità dai *confini* definiti, ma permeabili e aperti al costante confronto teorico-clinico con altre CT e all'inclusione nel tessuto sociale locale o più ampiamente regionale, nazionale e internazionale.

Quale importanza e vantaggio può avere una visione di questo tipo, intesa non in modo ideologico, duttile e declinata nella concretezza e varietà delle diverse situazioni istituzionali?

Di fatto ha contribuito a creare il contenitore e lo "sguardo" profondo sotteso al processo di valutazione del Visiting, che sa cogliere nelle maglie delle procedure, nelle lacune, nei ritardi, nelle presenze o assenze dei ruoli di leadership o degli staff, nell'atmosfera delle comunità incontrate, nelle dinamiche osservate, la dimensione inconscia sottesa ai fenomeni sia individuali che grupali (Bion 1961). Si esprime in molte occasioni nel peculiare modo di osservare l'organizzazione e la qualità degli spazi comunitari, di interrogare i leaders (carismatici, manageriali o autenticamente democratici) le tipologie di fondazione delle CT (mitiche, familiari, imprenditoriali ecc.) le tappe della loro storia, le crisi involutive o di crescita, il livello di coesione e stabilità del gruppo degli operatori e la partecipazione più o meno attiva dei residenti e dei familiari. La regia dei coordinatori tende ad animare il clima dei community meeting, a coinvolgere e valorizzare tutte le componenti e a comunicare nella restituzione, non solo la fotografia del funzionamento della comunità e delle sue criticità, ma anche una lettura, molto apprezzata, delle dinamiche implicite che emergono negli incontri e che possono rivelare sofferenze dei gruppi e disagi istituzionali; questa lettura non conclusiva e non giudicante, ma profonda, rafforza le potenzialità delle CT e può stimolare l'elaborazione di soluzioni nuove e creative.

Il clima che ha contraddistinto le diverse esperienze del Visiting nel Nord e Centro Italia, (8) fino ad ora è stato di grande calore nell'esprimere accoglienza e convivialità, e soprattutto un gran desiderio di condivisione e confronto tra gli operatori, con gli ospiti e gradualmente con i familiari. 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 gruppale; 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 epocali, dei cambiamenti e pensionamenti dei leaders che hanno elicitato un'autoriflessione sulle dinamiche gruppali 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 o dominate da una visione teorica ideologica.

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.

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. 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 (a parte l'eccezione della CT "Passaggi" e "Il Porto" e "Gnosis") 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 ancora 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). Infine un punto comune ancora, in tutte le terne e ribadito dai partecipanti del forum nazionale, 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 (9).

Specificità del Progetto Visiting DTC

Il *Progetto Visiting-Democratic Therapeutic Communities* (DTC) ha come finalità l'Accreditamento di Qualità Scientifico-Professionale di Comunità Terapeutiche e Gruppi Appartamento, sia per adulti che per minori, da relizzare secondo il modello della Comunità Terapeutica Democratica, attraverso una metodologia definita di *Democratic Peer Accreditation*. Esso valuta ed accredita quello specifico aspetto metodologico dei Servizi Residenziali e Abitativi di Salute Mentale riconosciuto consensualmente come "Qualità Gruppale Comunitaria" (Bruschetta, 2017; Bruschetta, Barone, 2016; Bruschetta, Frasca, 2016, 2017). Esso quindi rappresenta una specializzazione dell'Accreditamento di Base delle Comunità ad Orientamento Psicodinamico e BioPsicoSociale.

Il Framework Teorico-Methodologico del Progetto Visiting DTC si riferisce esplicitamente al Modello Inglese della Comunità Terapeutica Democratica, con alcune integrazioni.

Il Modello Teorico si riferisce in particolare alla Tradizione di Ricerca DTC Inglese (Jones, 1957; 1968; Main, 1957; 1967; Rapaport, 1960; Haigh, 2005), a quella sui Fattori Terapeutici (Haigh,

1999), ai Principi Terapeutici (Kennard, Lees, 2001; Haigh, Worrall, 2015), agli Outcomes (Haigh, 2002; Perce, Pickard, 2012), agli specifici Programmi di Accreditamento (Haigh, Tucker, 2004; Paget, et al., 2015) e di Formazione (Haigh 2007; Haigh & Lees, 2014; Kennard 2014; Lees et al, 2016), integrato dalla ricerca empirica italiana sulla Cultura Organizzativa DTC (Barone & Bruschetta, 2014; Bruschetta & Barone, 2015; 2016), dalla tradizione delle Comunità Terapeutiche ad Orientamento Psicoanalitico (Ferruta et al. 2012), soprattutto le CT Argentine (Garçia Badaracco, 1989; Pichon Riviere, 1985) e Francesi (Sassolas, 2001), dai riferimenti ai modelli scientifici e professionali della Gruppoanalisi Sociale (Barone, et al., 2010b; 2014), della Psicoanalisi Multifamiliare (Garçia Badaracco, Narracci, 2011), della Psicoterapia di Comunità (Barone, et. al 2010a; Bruschetta et al, 2015), della Salute Mentale di Comunità (Cardamone, et al., 2000; 2013) e dell'Orientamento al Recovery (Bruschetta, et al., 2014; 2016).

Il Progetto, come già detto, nasce nel 2012 da una collaborazione tra le Associazioni *Laboratorio di Gruppoanalisi (LdG)*, *AIRSaM*, *Mito&Realtà (M&R)* ed il *Dipartimento Scienze Psicologiche, Pedagogiche e della Formazione dell'Università di Palermo (UniPa)*, con l'obiettivo più generale della creazione di un *Network Scientifico Professionale* interessato ad esplorare ed approfondire, nel modello base di Comunità Terapeutica ad orientamento psicodinamico descritto prima nel progetto di Visiting dell'Associazione Mito&Realtà, quella specifica dimensione terapeutica ambientale definita appunto "Qualità Gruppale Comunitaria".

Il Progetto ha aggregato sino ad ora 20 partner scientifico-professionali (rappresentanti nazionali ed internazionali delle tradizioni di ricerca di vari modelli di Comunità Terapeutica Psicodinamica e di diverse pratiche di Salute Mentale di Comunità) con i quali condivide la responsabilità del Modello di Accreditamento di Qualità Gruppale Comunitaria e del Modello teorico-scientifico generale della Comunità Terapeutica Democratica. Le organizzazioni partner del *Network Scientifico Professionale* sono ad oggi: l'*International Network of Democratic Therapeutic Communities (INDTC)*, l'*International Network of Living Learning Experiences (INLLE)*, l'esperienza della *Group Relation Conference* rappresentata in Italia da *Il NodoGroup*, la *Rete Nazionale degli Utenti della Salute Mentale*, l'*Associazione Professionale Arti Terapie (AssoARTE)*, la Centrale Cooperativa *Lega delle Cooperative Sociali (LegaCoop)*, l'*Associazione Italiana Scenodramma (AIS)*, la *Confederazione delle Organizzazioni Italiana per la Ricerca Analitica sui Gruppi (COIRAG)* ed il *Network Psychosocial Green Care Italia*.

Il Progetto Visiting DTC, sin dalla sua fondazione, ha ricevuto il sostegno, la consulenza e la supervisione metodologica di Rex Haigh e Jan Lees, i quali hanno interconnesso al suddetto *Network Scientifico Professionale* le organizzazioni internazionali: *Royal College of Psychiatrist*, con i Programmi di Accreditamento *Quality Network Community of Communities (CofC)* ed *Enabling Environments (EE)*, l'*Institute of Group Analysis* di Londra (IGA), l'*Association of Therapeutic Communities (ATC)*, la storica Associazione che ha fondato il Modello della DTC in Inghilterra, che recentemente ha trasformato la propria ragione sociale in *The Consortium of Therapeutic Communities (TCTC)*, e l'Associazione di *Green Care Growing Better Lives*.

Il Progetto Visiting DTC ha come sua specificità il maggiore coinvolgimento di Utenti, Familiari e Manager delle Comunità nel processo di Valutazione ed Accreditamento, ed una forte gestione democratica dei processi di lavoro e dei processi organizzativi al suo interno. Gli organi decisionali di gestione democratica del Progetto sono di tre livelli: il primo, assembleare comunitario, generale, ampio e vitale per il Progetto, coinvolge nell'Accreditamento dei Servizi e nell'approvazione degli Standard, tutti gli utenti, i familiari, gli operatori e i manager delle Comunità Terapeutiche e dei Gruppi Appartamento iscritti; il secondo, di carattere operativo, più ristretto e organizzato in gruppo di lavoro, costituito dallo Staff di Coordinamento del Progetto, è composto da tutti i membri *GroupAnalytic TC Specialist* e *Valutatori* del Progetto; (10) il terzo è rappresentato dagli Staff di Coordinamento dei singoli Programmi di Accreditamento attivati: fino ad oggi tre (11), Visiting Sicilia, Visiting LegaCoopSociali e Visiting AUSL Area Vasta Sud-Est Toscana.

In seno allo Staff di Coordinamento del Progetto viene eletto di Direttore del Progetto, il quale amministra e gestisce, anche economicamente, in collaborazione con le altre organizzazioni scientifico-professionali partner, i vari Programmi di Accreditamento, di Ricerca e di Formazione di “Qualità Gruppale Comunitaria”, così come le *Consensus Conference* sullo sviluppo di specifici aspetti caratterizzanti gli ambienti terapeutici delle Comunità, i rapporti con gli altri Programmi Internazionali di Accreditamento per CT e le altre attività di coinvolgimento delle Agenzie Sociali che costituiscono la rete di sostegno per i Servizi iscritti, a cominciare dai Dipartimenti di Salute Mentale territoriali delle Aziende Sanitarie Locali. Tra le iniziative di scambio e visita reciproca con gli staff di altri Programmi di Accreditamento, nel 2015 a Londra, si è svolta, presso il Royal College of Psychiatrist, la Prima *Visiting Conference* congiunta tra i programmi inglesi *Community of Communities, Enabling Environment* e l'italiano *Progetto Visiting DTC*.

Attualmente lo Staff di Coordinamento del Progetto ha eletto alla Direzione, Simone Bruschetta, il quale di concerto con lo stesso Staff, ha assegnato ad Amelia Frasca la funzione di Coordinatore Amministrativo e Responsabile dei Moduli di Accreditamento e Formazione dei tre programmi di Accreditamento fino ad ora attivati, a Francesca Giannone quella di Responsabile del Modulo di Ricerca e a Maria Fisicaro quella di Referente per le Associazioni degli Utenti della Salute Mentale. Gli strumenti di ricerca empirica di base del Progetto Visiting DTC sono quattro e specificamente i questionari *ViVaCom* e *DTCRO*, sui quali sono stati definiti gli Standard Teorici del Modello di Funzionamento DTC per i Servizi per Adulti, sviluppati rispettivamente dai gruppi di ricerca delle Associazioni *Mito&Realtà* (Biagini et al, 2014) e *AIRSaM* (Bruschetta, et al., 2014); lo *SCIA* (Giannone, et al 2012; Guarnaccia, 2014; Guarnaccia et al., 2017) per i Servizi per Minori e la Griglia *GAS-Set TCR*, che identifica e analizza le Variabili Strutturali Organizzative delle DTC sia per adulti che per minori (tale Griglia è stata sviluppata dal gruppo di ricerca dell'Associazione Laboratorio di Gruppoanalisi (Bruschetta, 2015).

Il Questionario *DTCRO, Democratic Therapeutic Community Recovery-Oriented* (Simone Bruschetta, Nadia Monasteri & Raffaele Barone 2014) valuta l'Orientamento al Recovery nelle Comunità Terapeutiche Democratiche, nei Servizi Residenziali e Abitativi di Salute Mentale. È un adattamento sviluppato dall'*AIRSAM* e dalla Comunità Terapeutica "CTA Sant'Antonio", del "Recovery Self-Assessment" (RSA - O,Commell, Tondora, Evans, Croog & Davidson, 2005).

La *GAS-Set TC*, (Bruschetta, 2015) è uno strumento di *Analisi delle variabili relative al Set delle Comunità Terapeutiche e Residenziali*, nel Settore della Salute Mentale di Comunità e del Sostegno all'Abitare, adattamento della “Griglia di Analisi del Set(ting)” - *GAS* (Giannone & Lo Verso, 1998, 2011).

Ad oggi sono state coinvolte in totale nelle quattro annualità del Progetto Visiting DTC sin dalla sua fondazione, 25 Comunità Terapeutiche per Adulti, sei Comunità Terapeutiche per Minori e dieci Gruppi Appartamento.

È stato appena celebrato il Primo Accreditamento di Qualità Gruppale Comunitaria, riconosciuto alla CTA Sant'Antonio di Piazza Armerina (EN), che ha così completato per prima in Italia, il percorso di Accreditamento di Qualità di Base, nel 2016, nel primo Forum congiunto dei programmi M&R e DTC, e nel 2017 quello specifico di Qualità Gruppale Comunitaria, nel Forum Annuale del Progetto Visiting DTC Sicilia, appena svolto a Catania.

La ricerca comune ai due programmi.

L'introduzione della ricerca empirica per la comprensione e la valutazione del funzionamento delle Comunità terapeutiche è uno degli aspetti qualificanti ed innovativi del Progetto Visiting.

Il lavoro va letto all'interno del più ampio dibattito sui temi della ricerca e della valutazione della psicoterapia che coinvolge la ricerca internazionale e nazionale. Non entriamo qui nel merito di questo ampio e sempre più fecondo dibattito, richiamiamo soltanto, brevemente, alcuni scopi e funzioni che la valutazione empirica del lavoro terapeutico riveste e che sono alla base della sua introduzione nel Progetto Visiting. Sono motivazioni, oltre che di carattere teorico, soprattutto di ordine clinico e sociale. *Sul piano clinico*, infatti la valutazione della psicoterapia si collega alla

possibilità di aumentare la consapevolezza dei terapeuti rispetto al proprio lavoro, aiutarli a "pensare" la propria pratica psicoterapeutica, riflettere e confrontarsi sul proprio lavoro di "cura", porsi con rigore il problema dell'etica e della competenza. *Sul piano sociale*, la possibilità di valutazione empirica apre al lavoro psicoterapeutico la possibilità di assumere un ruolo sociale sempre più rilevante. Porsi in un'ottica di valutazione infatti, significa accettare la trasparenza, affrontare il confronto sui propri metodi, sui risultati ottenibili, sulla coerenza e l'utilità della propria pratica, e questo non può che andare verso un miglioramento della qualità del lavoro e una sempre maggiore credibilità sociale (Giannone, Lo Verso, 1998; 2011; Di Nuovo, Lo Verso, Di Blasi, Giannone, 1998; Giannone, Lo Verso, Sperandeo, 2009).

Ma tornando allo specifico della ricerca empirica sul funzionamento delle Comunità Terapeutiche, le domande chiave sullo sfondo del lavoro sono:

- Cosa rende una Comunità un "ambiente terapeutico"?
- Cosa distingue una Comunità che funziona in maniera "terapeutica", da una che svolge una funzione assistenzialistica, custodialistica?
- Quali condizioni rendono i trattamenti residenziali efficaci, producono positivi esiti di cambiamento?
- E' possibile individuare standard che possano essere considerati indicatori di un buon funzionamento "terapeutico"?
- E' possibile valutare empiricamente il funzionamento delle Comunità?

Le questioni implicate sono dunque molteplici e di notevole complessità teorica e clinica:

- la definizione di ambiente terapeutico e di terapeuticità
- la definizione di indici di cambiamento
- la possibilità di definizione di standard condivisi di funzionamento
- la definizione di modalità e strumenti di valutazione adeguati per realtà complesse come le Comunità.

Come dunque, mettere a punto sistemi scientifici, empiricamente fondati di osservazione e di valutazione del lavoro clinico-terapeutico, finalizzati al miglioramento della qualità dei trattamenti? L'identificazione dei fattori che possono essere considerati rilevanti per la valutazione dei trattamenti residenziali è certamente un compito difficile. C'è una miriade di variabili la cui influenza può essere considerata importante o fondamentale per il funzionamento comunitario e il compito da affrontare è innanzi tutto l'articolazione di un modello concettuale per organizzare l'osservazione (Moos, 1980, 2012).

Le comunità residenziali sono contesti ambientali nei quali la specificità *dell'abitare*, la condivisione della *quotidianità*, la molteplicità delle *relazioni* che nella comunità si intrecciano, al suo interno e con il più ampio ambiente sociale di riferimento (famiglie degli utenti, Servizi sociali e sanitari, quartiere...) costituiscono dimensioni complesse, difficili da operationalizzare, e pochissimi sono gli strumenti di valutazione dei contesti ambientali, e ancora meno numerosi quelli pensati per i contesti di cura (Giannone, Ferraro, Pruiti-Ciarello, 2012). Non entreremo qui nel merito di quali siano gli strumenti esistenti e quali siano le loro caratteristiche. Offriremo invece qualche spunto di riflessione sul tema della ricerca empirica sui contesti complessi come i contesti comunitari e presenteremo il percorso di ricerca intrapreso all'interno del Progetto Visiting.

Va detto innanzi tutto che la ricerca sui contesti comunitari è molto limitata, ancor più di quanto non lo sia la ricerca sulle terapie di gruppo, per una serie di *difficoltà metodologiche* che si incontrano nello strutturare disegni di ricerca capaci di tenere conto della complessità delle variabili in esame e per la loro difficile operationalizzazione. Sono difficoltà che portano spesso ad eccessive semplificazioni e riduzionismi che non consentono di cogliere e comprendere la complessità della situazione clinica (Lambert, Ogles, 2004; Burlingame, MacKenzie, Strauss, 2004; Burlingame, Strauss & Joyce, 2013). A queste difficoltà si aggiunge la storica diffidenza dei clinici nei confronti di ricerche ritenute invasive rispetto ai propri setting di lavoro, faticose e dai risultati spesso poco fruibili ed utilizzabili (Del Corno, Lang, 1998; Dazzi, Lingiardi, Colli, 2006; Lingiardi, Del Corno, 2015). Oggi tuttavia è crescente il reciproco interesse tra ricercatori e clinici e

c'è uno sforzo crescente per l'introduzione di esperienze di ricerca, anche in contesti complessi di cura. La ricerca all'interno del Progetto Visiting è espressione di questo interesse.

Va chiarito comunque che la ricerca di cui stiamo parlando si muove lungo la linea tra il lavoro di riflessione e l'interrogarsi sul procedere del lavoro clinico con gli individui e con i gruppi (sulle sue caratteristiche, sui fattori del cambiamento terapeutico, sui processi attivati nei campi gruppali, sulla funzione esercitata dai conduttori e dai membri dei gruppi) e l'introduzione di strumenti che consentano di rilevare dati empirici sui fenomeni osservati. Tra ricerca "qualitativa" e "quantitativa".

In accordo con i principi di quella che è stata definita la "Scientificità del Qualitativo", e con una visione epistemologica della Scienza attenta alla complessità (Morin, 1984; Ceruti, 1986; Giannone, Lo Verso, 1998, 2011), l'idea guida che ha orientato il lavoro, è che per la qualificazione scientifica della ricerca hanno un valore essenziale:

- *l'osservazione, l'esplicitazione delle condizioni dell'osservazione e l'accordo intersoggettivo;*
- la trasparenza su *prassi* pensate e ripetibili, osservabili e confrontabili, testimoniabili attraverso indicatori, sui quali compiere analisi, quantitative e qualitative, nello sforzo di individuare il procedere del cambiamento, le regolarità e le congruenze o incongruenze nei processi osservati (Di Nuovo, Di Blasi, Giannone, 1998).

Va chiarito anche che il Progetto Visiting è un percorso di ricerca-azione, in cui obiettivo importante, forse prevalente, è l'attivazione di processi di condivisione, di scambio, la costruzione di una cultura grupale e comunitaria, in cui la dimensione dei gruppi e dell'"andar per gruppi" (Fasolo, 2002) è l'aspetto centrale. Date queste premesse, il modo in cui si è proceduto è stato la costruzione di un impianto il più possibile definito di "procedure" condivise: un *set* e un *setting* di lavoro il più possibile omogenei, all'interno dei quali sviluppare i processi di confronto. In questa cornice è stata effettuata la rilevazione dei dati con cui supportare le valutazioni.

In sintesi:

Obiettivo: la ricerca nel Progetto Visiting mira alla valutazione del funzionamento delle comunità, basata su dati empirici, anche "quantitativi", relativamente a diversi aspetti di gestione organizzativa e relazionale della vita di comunità. Dati abbastanza concreti da essere valutati obiettivamente come presenti o assenti, in un grado più o meno alto o basso (Kennard, Lees, 2001, 2012). In particolare, ciò che il progetto intende rilevare sono i *Punti di Forza* e i *Punti di debolezza* relativi a specifiche condizioni di funzionamento, nonché i *valori benchmark* e cioè i valori più alti di funzionamento raggiunti tra le comunità, che possono servire come meta per le comunità che si trovano a livelli meno elevati di funzionamento.

Strumenti: sono stati descritti in precedenza (il Questionario *VIVACOM*, lo *SCIA*, l' *UTEFAM*, i Questionari *VIVAGRAP*, *DTCRO*, la *GAS-Set*).

Metodologia: all'interno delle procedure prima descritte, sono previste somministrazioni individuali e collettive degli strumenti. I *Questionari Individuali* consentono di rilevare l'immagine che i singoli hanno della propria comunità e del suo funzionamento. I *Questionari Comunitari* danno una rappresentazione della comunità secondo un processo collettivo, condiviso di valutazione e consentono di rilevare un'immagine della comunità risultato di un processo di accordo intersoggettivo. In particolare, la compilazione comunitaria, in ciascuna Comunità, ha una funzione di auto-valutazione che i membri compiono sul funzionamento della loro struttura, all'inizio del percorso di Visiting; la compilazione collettiva delle Delegazioni durante le visite nelle Comunità, ha una funzione di etero-valutazione, espressione di un punto di vista esterno, sul funzionamento delle Comunità.

La somministrazione collettiva riveste anche una importante funzione formativa: i questionari servono come strumenti di guida per la riflessione comunitaria, il confronto, l'affinamento della capacità di osservazione sistematica e di valutazione.

Trattamento dei dati: l'Identificazione dei Punti di forza e di debolezza e delle Aree di efficacia e di Criticità, per ciascuna comunità, viene condotta attraverso un algoritmo che tiene conto di diversi livelli:

- la *Valutazione interna/autovalutazione*, condotta dalle Comunità sul proprio lavoro;
- la *Valutazione esterna/etero-valutazione*, condotta dalle Delegazioni di "Pari" sulle Comunità visitate;
- l'*integrazione* delle valutazioni interne ed esterne;
- il *confronto con gli Standard Teorici* del Modello di funzionamento delle Comunità Terapeutiche Democratiche

Ciò consente di ottenere dati quantitativi che esprimono i diversi funzionamenti e facilitano il confronto e lo scambio.

Le valutazioni quantitative sono quindi confrontate ed integrate con le valutazioni qualitative effettuate da clinici esperti in comunità. Su questa base è consensualmente definita la qualità del funzionamento di ciascuna comunità e si individuano i percorsi di miglioramento che le comunità sono chiamate ad intraprendere, in un processo di scambio e di condivisione delle pratiche migliori. Abbiamo raccolto attualmente dati su 40 Comunità, delle quali 30 hanno partecipato ad un primo ciclo di Visiting, 5 hanno completato 2 cicli di partecipazione e altre 5 ne hanno completato 3.

La dimensione introdotta dalla disponibilità di dati empirici, ha consentito uno stimolante salto di qualità nei processi di riflessione sul funzionamento delle Comunità. Alle valutazioni qualitative e alla soggettività dei clinici si affiancano dati raccolti in maniera sistematica, che offrono indicatori specifici, valutabili, come si è detto, come presenti o assenti, in un grado più o meno alto o basso, offerti al confronto intersoggettivo.

Tutto questo apre ad una più "obiettiva" e trasparente possibilità di valutazione e riflessione sul lavoro delle comunità e sul modo di promuoverne il miglioramento, ad una consensuale ed empiricamente fondata definizione di Standard, per facilitare il lavoro di elaborazione e sistematizzazione dell'intervento di qualità.

Conclusioni e prospettive comuni

Oltre l'espansione di questo processo dinamico di valutazione a nuove comunità italiane, quali prospettive s'intravedono per il futuro?

In questo contributo abbiamo presentato le origini e la diffusione del Visiting con lo sviluppo di due varianti, evidenziando i fattori comuni a livello di metodo e di procedure e parzialmente di strumenti che li rendono pienamente confrontabili, ma anche le differenze, che consentono uno scambio reciproco e un arricchimento esperienziale. Contesti di questo confronto sono il Forum nazionale del Visiting organizzato da Mito&Realtà a Milano, in cui convergono anche i risultati della ricerca quantitativa e la Consensus Conference del Progetto Visiting DTC, con la presenza dei rappresentanti delle organizzazioni partner ed i referenti dei tre Programmi di Accredimento DTC (LegaCoop, USL Toscana, Visiting Sicilia) che si terrà per la prima volta a Roma nel 2017: qui si discuterà l'evoluzione del modello della Comunità Terapeutica Democratica anche nella direzione dei Gruppi appartamento (recentemente riconosciuti come nuova forma di DTC), degli Ambienti Abilitanti (come agenzie sociali democratiche di sostegno ai programmi di salute mentale di comunità) e della Green Care (sviluppo verso l'agricoltura sociale di nuovi ecologici dispositivi terapeutici residenziali orientati all'inclusione sociale ed al sostegno all'impiego).

In questa prospettiva dialogica ci possiamo proporre alcuni obiettivi comuni a livello nazionale: come primo, il maggior coinvolgimento nel Visiting delle strutture pubbliche, creando protocolli d'intesa con i direttori dei DSM e richiedendo l'inserimento nei piani formativi per il finanziamento e per la creazione di una cultura democratica e comunitaria in istituzioni spesso sopraffatte dalla burocrazia, dai conflitti e scissioni interne.

Come secondo obiettivo, la validazione statistica dei questionari SCIA e VIVACOM ai fini di ricerca e il progetto di adottare strumenti comuni per la valutazione dell'esito con *follow up*, 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.).

Bibliografia

Barone, R., Bellia, V. and Bruschetta, S. (2010). *Psicoterapia di Comunità. Clinica della partecipazione e politiche di salute mentale*. Milano: FrancoAngeli.

Barone, R., Bruschetta, S. and Giunta, S. (2010b), *Gruppoanalisi e comunità terapeutica*. FrancoAngeli, Milano.

Barone, R. and Bruschetta, S. (2014). The therapeutic community in the local community: Social networks between therapeutic community and supported housing. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, Vol. 16 Iss: 1, pp.69-73. <https://doi.org/10.1080/13642537.2013.879332>

Barone, R., Bruschetta, S. and Frasca, A. (2014a). *Gruppoanalisi e Sostegno all’Abitare. Domiciliarità e residenzialità nella cura comunitaria della grave patologia mentale*. Milano: FrancoAngeli.

Bion W. R (1961) *Experiences in Groups*, London: Tavistock. Tr.it. *Esperienze nei gruppi*, Roma: Armando 1971.

Bruschetta, S., Barone, R. and Frasca, A. (2014). *La ricerca sui gruppi comunitari in salute mentale*. Milano: FrancoAngeli.

Bruschetta, S. and Barone, R. (2015). Democratic Therapeutic Community in a network of “Enabling Environments”: transformations of psychotherapeutic residential services in social postmodern crisis. *Academic Journal of Interdisciplinary Studies*, Vol 4, No 2 S2, pp.259-263. <https://doi.org/10.5901/ajis.2015.v4n2s2p259>

Bruschetta, S., Bellia, V. and Barone, R. (2015), *Manifesto per una psicoterapia di comunità*. *RivistaPlexus*, 12, pp. 33-47. Website: <http://www.rivistaplexus.eu>

Bruschetta, S. and Barone, R. (2016). Group-apartments for recovery of people with psychosis in Italy: Democratic therapeutic communities in post-modern social communities. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, Vol. 37 Iss: 4, pp.213-226. <https://doi.org/10.1108/tc-03-2016-0008>

Bruschetta, S., Frasca, A. (2016). Il “Progetto Visiting DTC” per l’Accreditamento di Qualità Scientifico Professionale Tra-Pari delle Comunità Terapeutiche del Servizio di Salute Mentale delle ASL dell’Area Vasta Sud-Est della Regione Toscana. *Nuova Rassegna Studi Psichiatrici*. 2016; Vol.13 N. 1. <http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/index.php/numeri-precedenti/vol-13-4-agosto-2016/progetto-visiting-dtc-accreditamento-comunita-terapeutiche-servizio-salute-mentale-area-vasta-sud-est-toscana>

Bruschetta, S. (2017). Il Gruppo Multifamiliare come dispositivo di lavoro per una Democratic Peer Accreditation delle Comunità Terapeutiche. *Nuova Rassegna Studi Psichiatrici*. 2017; Vol.14 N. 1. <http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/index.php/volume-14/gruppo-multifamiliare-dispositivo-lavoro-democratic-peer-accreditation-comunita-terapeutiche>

Bruschetta, S., Frasca, A. (2017). La formazione di stakeholder delle Comunità Terapeutiche come “Valutatori Esperti”, nel programma di accreditamento tra pari “Progetto Visiting DTC”. *Nuova Rassegna Studi Psichiatrici*. 2017; Vol.14 N. 1.

<http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/index.php/volume-14/formazione-stakeholder-comunita-terapeutiche-valutatori-esperti>

- Bruschetta, S., Frasca, A. and Barone, R. (2016), Verso Servizi Comunitari di Salute Mentale Recovery-Oriented. *Nuova Rassegna Studi Psichiatrici*, Vol.13 N. 1.
- <http://www.usl7.toscana.it/index.php/nrsp>
- Burlingame G. M., MacKenzie R. K., Strauss B. (2004). Small Group Treatment: Evidence for Effectiveness and Mechanisms of Change. In Lambert M. (eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (5th ed.). Wiley, New York.
- Burlingame G. M., Strauss B. (2013). Change Mechanisms and effectiveness of small groups treatments. In Bergin and Garfield's *Handbook of Psychotherapy therapy and Behaviour Change* (6th ed.). (M. J. Lambert Ed.) Wiley, New York.
- Cardamone, G. and Zorzetto S. (2000). *Salute mentale di comunità. Elementi di teoria e pratica*. Milano: FrancoAngeli.
- Cardamone, G., Magnani N. and Bruschetta, S. (2013). Glossario ragionato dell'inclusione socio-lavorativa in salute mentale. Principali termini tecnici e riferimenti normativi. In Barone R., Bruschetta S. and D'Alema, M. (a cura di), *L'inclusione sociale e lavorativa in salute mentale*. FrancoAngeli, Milano.
- Correale A., (2006), *Area traumatica e campo istituzionale*. Borla, Roma.
- Dazzi, N., Lingiardi, V., Colli, A. (2006) (a cura di). *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Raffaello Cortina, Milano.
- Del Corno F., Lang M. (a cura di) (1998), *Fondamenti Storici e Metodologici. Evoluzione della Psicologia Clinica, Modelli Diagnostici, Disegni della Ricerca, Formazione*, Franco Angeli, Milano.
- Di Nuovo S., Lo Verso G., Giannone F., Di Blasi M. (1998). *Valutare le Psicoterapie. La Ricerca Italiana*. Franco Angeli, Milano.
- Fasolo F. (2002). *Gruppi che curano e gruppi che guariscono*. Padova: La Garangola.
- Garcia Badaracco J.E. (1989), *Comunidad terapèutica psicoanalitica de estructura multifamiliar*. Tecnipublicaciones: S.A. Grupo Editorial Julian Yebens.
- Garcia Badaracco, J.E. (2000). *Psicoanalisi Multifamiliare. Gli altri in noi e la scoperta di noi stessi*. Trad. it., Bollati Boringhieri, Torino.
- Garcia Badaracco J.E. and Narracci A. (2011). *La Psicoanalisi Multifamiliare in Italia*. Torino: Antigone.
- Ferruta, A. Foresti, G., Pedriali E., Vigorelli (1998) (a cura di), *La comunità terapeutica. Tra mito e realtà*. Raffaello Cortina, Milano.
- Ferruta, A., Foresti, G., Vigorelli, M. (2012). (a cura di) *Le Comunità terapeutiche. Psicotici, borderline, adolescenti, minori*. Raffaello Cortina, Milano.
- Giannone, F., Lo Verso, G. (1998). Scientificità della Psicoterapia e Valutazione. I presupposti Epistemologici. In *Valutare le psicoterapie*. Franco Angeli, Milano.
- Giannone, F., Lo Verso, G. (2011). Epistemologia, psicologia clinica e complessità. In Lo Verso, G., Di Blasi, M., *Gruppoanalisi Soggettuale*, Raffaello Cortina, Milano.
- Giannone, F., Lo Verso, G., Sperandeo, A. (2009). *La psicoterapia e la sua valutazione. Un confronto internazionale*. Franco Angeli, Milano.
- Giannone F, Guarnaccia 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.
- Guarnaccia, C. (2014). Percorsi relazionali nelle comunità. Minori, buone prassi e rappresentazioni a confronto [Relational Paths in the Communities. Adolescents, good practices and representations in comparison.](Doctoral Dissertation).http://1.static.e-corpus.org/download/notice_file /2525451/GUARNACCIA.pdf
- Guarnaccia, C., Infurna M. R., Lo Cascio M, Ferraro A. M., Mancuso, L., Bruschetta, S., Giannone F, (2017). The SCIA Questionnaire: Standards for Communities for Children and Adolescents. A tool for the evaluation of good practices (in submission).
- Haigh, R. (1999). The quintessence of a therapeutic community. In *Therapeutic Communities: Past, Present and Future* (eds P. Campling & R. Haigh), pp. 246–257. London: Jessica Kingsley.
- Haigh, R. (2002). Therapeutic community research. Past, present and future. *The Psychiatrist* (2002) Iss: 26, pp. 65-68. <https://doi.org/10.1192/pb.26.2.65>
- Haigh, R. (2005). Charismatic ideas: coming or going?: Therapeutic Communities: *The International Journal of Therapeutic Communities*, Vol. 26 Iss: 4, pp. 367-382
- Haigh, R. and Tucker, S. (2004). Democratic Development of Standards: The Community Of Communities - A Quality Network of Therapeutic Communities. *Psychiatric Quarterly*, Vol. 75, Iss: 3, pp. 263-277. <https://doi.org/10.1023/b:psaq.0000031796.66260.b7>
- Haigh, R. and Worrall, A. (2015). The Principles and Therapeutic Rationale of Therapeutic Communities, in S. Paget, J. Thorne, Das, A. (eds) *Service Standards for Therapeutic Communities*, 9th Edition. Royal College of Psychiatrist, Community of Communities.
- Hinshelwood R.D. (1989) *Cosa accade nei gruppi*, Cortina, Milano.
- Jones, M. (1957). The absorption of new doctors into a therapeutic community, in M. Greenblatt, D. L. Levinson and R. H. Williams (eds), *The Patient and the Mental Hospital*. Glecoe, IL: Free Press.
- Jones, M. (1968). *Social Psychiatry in Practice. The idea of the Therapeutic Community*. London: Penguin Books.
- Kennard, D. and Lees, J. (2001). A checklist of standards for democratic therapeutic communities. *The International Journal of Therapeutic Communities*, Vol. 22, Iss: 2. VOL. 33 NO. 2/3 2012
- Kennard, D. Lees, J. (2001/2012). A checklist of standards for democratic therapeutic communities. *The International Journal of Therapeutic Communities*, VOL. 33 NO. 2/3, pp. 117-123.
- Lambert, M. J., Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of Psychotherapy. In Lambert, M. (a cura di). *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (5th ed.). Wiley an Sons, New York.
- Lingiardi, V., Del Corno, F. (2015). Prefazione all'edizione italiana. In Levy, R.A., Ablon, J. S., Kächele (a cura di). *La Psicoterapia Psicodinamica basata sulla Ricerca*. Raffaello Cortina, Milano.
- Main, T.F. (1957). 'The ailment', *British Journal of Medical Psychology*, 30: 129–145, reprinted in Main, T. (1989) *The Ailment and Other Psychoanalytic Essays*. London: Free Association Books.
- Main, T.F. (1967). Knowledge, learning and freedom from thought. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1, 64–71. Reprinted in *Psychoanalytic Psychotherapy*, 5, 49–78.
- Moos, R. H. (1980/2012). Evaluating the environments of residential care settings. *The International Journal of Therapeutic Communities*. VOL. 33 NO. 2/3 2012, pp. 76-85.

- O'Sullivan J., Paget S. (a cura di) (2009). *The Service Standards for Therapeutic Communities for Children and Young People. 2nd Edition*. Royal College of Psychiatrists, London.
- Paget, S., Thorne, J. and Arun, D. (2015) *Service Standards for Therapeutic Communities, 9th Edition*. Royal College of Psychiatrist, Community of Communities.
- Pearce, S. and Pickard, H. (2012). How therapeutic communities work: Specific factors related to positive outcome. *International Journal of Social Psychiatry*. Vol. 59, Iss: 7, pp. 636-645.
- Perini M. (2007) *L'Organizzazione Nascosta: Dinamiche inconsce e zone d'ombra nelle moderne organizzazioni*. Franco Angeli, Milano. <https://doi.org/10.1177/0020764012450992>
- Pichon Riviere, E. (1985). *Il Processo Gruppale*. Libreria Editrice Lauretana.
- Rapaport, R.N. (1960). *Community as Doctor*. London: Tavistock.
- Vigorelli. M., Introduzione al Simposio: “*Il processo di valutazione nelle Comunità terapeutiche*”, Atti del VIII Convegno nazionale SPR-IT, Perugia, p. 18.
- Vigorelli M. Famiglia e servizi psichiatrici. Ostacolo o risorsa? In Tronconi A.(a cura di) *Malati mentali e famiglia*, Milano, Edizioni S. Paolo.
- Vigorelli M. Introduzione al Simposio: ”*Strumenti e processi di valutazione nelle comunità residenziali*, IX Convegno Nazionale SPR-It, Salerno, p.15.
- Vigorelli M., Biaggini M., Pismataro C. P., Mingarelli L., (2012). Complessità del processo di valutazione in comunità terapeutica, in *Le comunità terapeutiche*, (a cura di) FERRUTA A., Foresti G., Vigorelli M., Raffaello Cortina, Milano.
- Vigorelli, M., Giannone, F. & Mingarelli, L., Guarnaccia, C., Bruschetta, S., Barone, R.(2012), Standard di servizio per le comunità terapeutiche per l'infanzia e l'adolescenza. Adattamento alla cultura italiana, in *Le comunità terapeutiche*, (a cura di), Ferruta A., Foresti G., Vigorelli M., Raffaello Cortina, Milano.
- Vigorelli M. La comunità terapeutica a orientamento psicoanalitico, *Psicoterapia psicoanalitica*, vol. n°1,, p. 45-51, Borla, Roma.
- 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 or forth?*. X Congresso Nazionale SPR-Italy Area Group, Padova, 12-14/09/2014.
- Vigorelli, M. (2014) “Towards an italian model of therapeutic Community”, *European Journal of Psychotherapy&Counselling*, Taylor&Francis, London, 1, p. 64-76.
- Vigorelli, M. (2015) Il coraggio del confronto. Il Visiting tra Comunità terapeutiche come processo di valutazione tra pari in A. Malinconico e A. Prezioso (a cura di) *Comunità terapeutiche per la salute mentale*, Milano, Franco Angeli.
- Vigorelli M. Gravina L. L'assemblea di comunità. Breve rassegna internazionale e prospettive esperienziali, *Terapia di Comunità*, Anno 15, n° 61, dicembre 2015, p. 1-15.
- Vigorelli M. Martini S. Surace S. Ruolo dell'accREDITamento tra pari nelle comunità residenziali: l'esperienza del Visiting in Italia, *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici, Rivista online di Psichiatria*, vol. 12, 29 dicembre 2015.
- Vigorelli M. The Movement of Therapeutic Communities in Italy: Myth & Reality in Clàudio Eizirik and Giovanni Foresti (Editors) *Psychoanalysis & Psychiatry. Partners and Competitors on the Mental Health Field (in pubblicazione)*.

Note

- (1) Il gruppo di ricerca di Mito&Realtà collegato all'insegnamento di Marta Vigorelli presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi Milano-Bicocca, è stato costituito inizialmente da Matteo Biaggini, Rita Bisanti, Paola Cesari, Marino De Crescente, Luca Gaburri, Norma Ghisotti, Simonetta Martini, Samuele Moschetti, Carmine Pasquale Pismataro e Marta Vigorelli.
- (2) Lo strumento è descritto dettagliatamente più avanti.
- (3) Fanno parte del gruppo di ricerca anche Cinzia Guarnaccia, Attaché Temporaire d'Enseignement et Recherche (ATER), Laboratoire Parisien de Psychologie Sociale, Université Paris 8 Vincennes Saint-Denis, e Laura Mancuso, dottore di Ricerca, Dipartimento di Scienze Psicologiche, Pedagogiche e della Formazione, Università di Palermo.
- (4) La procedura di Audit di Qualità di Base è stata elaborata da S. Bruschetta, F. Giannone e M. Vigorelli.
- (5) La CT Agatos ha partecipato all'Audit ottenendo un rinvio a una prossima valutazione.
- (6) La followership è costituita da “presupposti formativi, di responsabilità e di autorità che permettono ai dipendenti di funzionare come un sistema di supporto alla leadership “(Obholzer, Perini, 2001).
- (7) “La funzione essenziale della leadership consiste nella capacità di far dialogare il livello organizzativo e quello del gruppo di base, la dimensione individuale e gruppale, con un'attenzione alla giustizia distributiva e al contempo alla valorizzazione della diversità dei membri.” (Correale, 2006)
- (8) Le CT che hanno partecipato con uno o più cicli sono: Il Porto (TO), Villa S.Maria (GE), Cantalupa (MI), Badile (MI), Villa Gatta (MI), La Rosa dei Venti (LC), Antenna B (MI), Casa Miriam (PV), La nostra Locanda (MI), Piccola Stella (BG), La Goccia (V), Apertamente (VI), La Lanterna (PD), Villa Stellini (VR), Edith Stein (RN), Casa Godio (PU), Agatos (VT), Gnosis (Roma), Marical (LT), Urbania (Roma), Airone (VT), Eimi (Roma), Casetta Rossa (Roma), Casa Tartaruga (PG), Passaggi (AQ).
- (9) Il Gruppo di Ricerca di Mito&Realtà coordinato da Marta Vigorelli, è composta da: Federica Cerbino, Francesca Colombo, Alessandro Ferrari, Fiorella Gillino, Giulia Monga, Ylaria Peri, Valentina Stirone, Pablo Zuglian.
- (10) Nel 2017 i TC Specialist membri dello Staff di Coordinamento sono: Agata Barbagallo, Giuseppe Biagi, Simone Bruschetta, Roberta Duca, Amelia Frasca, Roberto Marletta, Domenico Mazzaglia, Oriana Moschella, Antonio Napoli e Angela Volpe.
- (11) Nel 2017 i Referenti Scientifici dei tre programmi di Accredimento sono: Raffaele Barone (Visiting DTC Sicilia), Giuseppe Cardamone (Visiting DTC AUSL Area Vasta Sud-Est Toscana), Gian Luigi Bettoli (Visiting DTC Lega Coop Sociali).

Gli Autori

Antonello Angelini è Psicologo, Psicoterapeuta e Gruppoanalista. Ha fondato ed è il direttore della Comunità Passaggi, struttura accreditata con la Regione Abruzzo per la terapia e riabilitazione di persone adulte che soffrono di disturbi psichiatrici. È coordinatore del Centro Diurno "Pensieri e Parole" per persone con disagio cognitivo e attualmente è membro del comitato scientifico di Fenascop (Federazione Nazionale delle strutture comunitarie psico-sociali).

Simone Bruschetta, Psicologo Psicoterapeuta PhD, HR Specialist & TC Researcher, Direttore del "Progetto Visiting DTC", Catania (IT)

Marino De Crescente ha conseguito un *Master of Arts in Psychoanalytic observational studies* presso la University of East London- Tavistock Clinic. È Socio Fondatore dell'INDTC (International Network of Therapeutic Communities) dell'ISAP (Istituto Studi Avanzati in Psicoanalisi) dell'Associazione Françoise Dolto e della Comunità Passaggi. Da circa venticinque anni lavora all'interno della comunità terapeutiche, attualmente è referente per il centro Italia dell'Associazione Mito e Realtà. È promotore del Network Psychosocial Green Care Italia. Con Alpes ha pubblicato *La politica delle comunità terapeutica*, 2011, e recentemente ha curato il volume *La paura, la noia, la rabbia. Contenimento, regolazione, trasformazione delle emozioni nei percorsi delle comunità terapeutiche*, 2017.

Amelia Frasca, Psicologa Psicoterapeuta Gruppoanalista e Scenodrammatista, TC Specialist, Staff di Coordinamento del "Progetto Visiting DTC", Catania (IT)

Luca Gaburri, medico psichiatra, psicoterapeuta ad orientamento analitico, ha lavorato per circa quindici anni per il Servizio Sanitario Nazionale. Già Direttore delle Comunità per adulti "le Vele", in seguito Direttore della Comunità per adolescenti con psicopatologia complessa "Villa Plinia". Oggi lavora come libero professionista, occupandosi prevalentemente di adolescenti e delle loro famiglie. È consulente presso la Fondazione "Aliante" e svolge attività di formatore o supervisore presso istituzioni pubbliche e private. Docente presso la scuola di psicoterapia integrata Iserdip e presso la scuola di psicoterapia psicoanalitica della Sipp. È membro del direttivo della associazione Mito e Realtà.

Francesca Giannone è Professore Associato di Psicologia Dinamica e Referente del Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica, Dipartimento di Scienze Psicologiche, Pedagogiche e della Formazione, Università di Palermo. Membro Comitato Scientifico Network Nazionale per la Ricerca Empirica sui Gruppi. Socio Ordinario SPR - Society for Psychotherapy Research.

Luca Mingarelli è Psicologo, imprenditore sociale, ideatore e direttore di Comunità Terapeutiche per adolescenti, Presidente Fondazione Rosa dei venti onlus, Presidente Il Nodo Group, membro CD Mito&Realtà, socio OPUS, membro staff GRC ALI dal 2006. Ha scritto il libro: *Adolescenti difficili, autobiografia di una CT per minori* (Ananke 2009).

Carmine Pasquale Pismataro, medico, psichiatra psicoterapeuta, direttore della Unità di Residenzialità della ASST Santi Paolo e Carlo di Milano. Coautore Vivacom, responsabile di programmi di intervento precoce, ordinario dell'IIPG e autore di articoli su temi di psichiatria e psicoterapia. Ha attivato e conduce gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare nei Servizi psichiatrici territoriali e ha condotto numerosi percorsi di Visiting di comunità.

Marta Vigorelli, psicoterapeuta con Funzioni di Training della Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica (SIPP). Presidente e fondatrice con Anna Ferruta, Giovanni Foresti di Mito&Realtà, associazione per le comunità terapeutiche e residenziali, ha curato numerose pubblicazioni su temi istituzionali e in particolare sulle comunità terapeutiche. Insegna come docente esterno presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università Milano-Bicocca "Interventi residenziali per le comunità terapeutiche per adulti e minori". Si occupa inoltre di formazione degli operatori dei servizi psichiatrici come consulente e supervisore.

Per corrispondenza: Marta Vigorelli, Email: martavigorelli@gmail.com