

## La valutazione del clima di reparto nelle Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette: uno studio osservazionale di coorte

Veronica Busetto<sup>1</sup>, Carlo Alberto Camuccio<sup>2</sup>, Elena Giacomini<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Infermiera, U.O. Geriatria Ospedale di Chioggia (Aulss 3); <sup>2</sup> Infermiere; Tutor didattico CdL in Infermieristica - Università di Padova, sede di Mestre (Aulss 3); <sup>3</sup> Infermiera; U.O. Assistenza Neonatale, Azienda Ospedaliera di Padova.

**Sinossi:** Con il concetto di “clima sociale” o “atmosfera di reparto” si vuole intendere l’interazione tra fattori fisici ed emotivi che caratterizzano un particolare ambiente clinico e che influenzano le persone in esso coinvolte. La letteratura ha evidenziato come le variabili del trattamento siano direttamente influenzate dal clima. Obiettivi fissati: misurare la percezione del clima di reparto degli operatori e degli utenti nelle Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette dell’ULSS 3 Serenissima, mettendo in luce le principali similitudini e differenze anche attraverso il confronto delle variabili demografiche, professionali e cliniche. È stato condotto uno studio osservazionale di coorte che ha incluso 50 operatori e 37 utenti di 4 CTRP, somministrando il questionario EssenCES-I. Dal confronto tra il campione degli utenti e quello del personale, sono emerse differenze significative. Nella subscale “Coesione pazienti” gli utenti ritengono di sostenersi a vicenda più di quanto pensi il personale; nella subscale “Sicurezza percepita” gli utenti si sentono molto più al sicuro del personale e in “Sostegno terapeutico” emerge che il personale percepisce di fornire sostegno terapeutico in misura maggiore. La percezione del clima di reparto sembra essere influenzata significativamente dalle variabili “sesso” e dal tipo di servizio frequentato. Il monitoraggio del clima di reparto nei contesti psichiatrici può essere utile nel rilevare i risultati del trattamento e gli effetti dei cambiamenti dell’ambiente fisico e relazionale.

**Parole chiave:** clima di reparto, EssenCES, comunità riabilitative terapeutiche protette.

**Abstract:** The concept of “social climate” or “ward atmosphere” means the interaction between physical and emotional factors characterizing a specific clinical environment, affecting people inside. Literature shows that the clinical treatment variables are directly affected by the ward atmosphere. Aim: to measure the mental health operators’ and service users’ perception about ward atmosphere, within some supported residential facilities (CTRP) afferent to the AULSS 3 Serenissima, focusing on the main similarities and differences identifiable in the comparison of the demographic, professional and clinical variables. This observational cohort study included 50 professionals and 37 users of 4 CTRP, administering the questionnaire ESSENCES-I. The comparison between staff and service users’ groups shows significant differences. In the sub scale “Patients’ Cohesion and Mutual Support” service users think to support each other more than the staff perceive; in the sub scale “Experienced Safety” patients feel more secure than staff, and in “Therapeutic Hold” emerges that the staff feels to give more therapeutic support than the services users perceive. The ward atmosphere seems to be also affected by the kind of service. Monitoring the ward atmosphere in psychiatric settings can be very useful to detect the changing of physical and social environment and treatment outcomes.

**Key words:** ward atmosphere, EssenCES, supported residential facilities

## Introduzione

In generale il concetto di clima di reparto racchiude in sé le condizioni materiali, sociali ed emotive di un determinato reparto, e l'interazione tra tali fattori, che possono nel tempo influenzare l'umore, il comportamento e il concetto di sé delle persone coinvolte (Milsom et al., 2014; Schalast et al., 2008).

In relazione al contesto sanitario di appartenenza, si descrivono più concetti: "social climate" (clima sociale) in senso lato, "ward atmosphere" (clima di reparto) soprattutto per ambienti ospedalieri, e "psychosocial environment" (ambiente psicosociale) per ambienti psichiatrici basati su strutture residenziali extraospedaliere (comunità) (Moos, 1974).

Il clima di reparto, come sostenuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 1953), è stato a lungo considerato come un fattore potenzialmente rilevante per l'efficacia delle strutture psichiatriche, capace di influenzare il benessere dei pazienti, il morale del personale e gli esiti dei percorsi di cura (Middelboe et al., 2001; Moos, 1974; Schalast et al., 2008).

In particolare sono state verificate relazioni significative con una varietà di esiti clinici ed organizzativi, compresa la soddisfazione del personale e dei pazienti (Røssberg et al., 2006; Røssberg & Friis, 2003 [A]), gli episodi di aggressività e violenza (Tonkin et al., 2012), le prestazioni lavorative (Friis, 1996; Moos et al., 1973; Tonkin et al., 2012), i tassi di abbandono, dimissione e riammissione (Friis, 1996; De Vries et al., 2016; Moos et al., 1973), l'impegno al trattamento e l'alleanza terapeutica nonché la qualità di vita (De Vries et al., 2016; Johansson & Eklund, 2004).

Risulta perciò importante saper distinguere quali aspetti dell'ambiente di reparto contribuiscono a tali risultati. Ad esempio, reparti percepiti come attenti all'autonomia e all'indipendenza, all'orientamento pratico, all'ordine e all'organizzazione, all'interazione personale-paziente e con la possibilità di esprimere apertamente i propri sentimenti, sono stati associati con risultati positivi di trattamento (Moos et al., 1973; Eggert et al., 2014). Si è visto un legame stretto tra le variabili del trattamento e l'ambiente di cura e l'effetto che l'ambiente ha sui risultati del paziente è mediato attraverso la sua percezione del clima di reparto (Lundqvist & Schröder, 2015; Røssberg et al., 2008).

La percezione del clima di reparto e delle sue componenti è generalmente diversa fra personale ed utenza: secondo alcuni autori (De Vries et al., 2016; Friis, 1986; Howells et al., 2009; Røssberg et al., 2006), il personale tende ad avere la tendenza a sopravvalutare gli aspetti terapeutici positivi di un ambiente ma ad enfatizzare gli elementi di pericolosità. Non tener conto di questo gap fra operatori e pazienti potrebbe portare a trascurare aspetti clinico assistenziali che richiedono un miglioramento (Howells et al., 2009; Schalast et al., 2008).

Moos e Houts (1968), negli anni '60 del secolo scorso hanno teorizzato il concetto "ward atmosphere" sviluppando due scale sul clima sociale: la "Ward Atmosphere Scale" (WAS) per differenti contesti psichiatrici, e la "Community Oriented Program Environmental Scale" o COPES (Moos, 1974) per le comunità terapeutiche, le quali hanno stimolato l'indagine empirica dei climi sociali contribuendo a rendere operativi importanti costrutti teorici nel campo (Schalast et al., 2008).

Alcuni studi sottolineano però come la WAS e la COPES, seppur tuttora in uso (Røssberg & Friis, 2003 [A]; Røssberg & Friis, 2003 [B]; Schalast et al., 2008), abbiano importanti limiti legati alle loro proprietà statistiche e di analisi dei dati, all'elevato numero di item che causa spesso tassi di rispondenza e di drop out importanti, in particolare tra i pazienti gravemente disturbati o le persone con scarsa motivazione; Schalast et al. nel 2008 partendo da tali critiche, hanno sviluppato la "Essen Climate Evaluation Schema" o EssenCES, con lo scopo di fornire un nuovo strumento per valutare il clima di reparto: si tratta di un questionario con un ridotto numero di item, per cui la compilazione risulta meno impegnativa; inoltre, alcuni item sono stati aggiornati in coerenza con l'attuale contesto psichiatrico; lo strumento presenta proprietà psicometriche migliori rispetto ad alcune sezioni della WAS (Howells et al., 2009; Milsom et al., 2014; Tonkin et al., 2012).

I risultati degli studi di validazione hanno fatto emergere tre dimensioni del clima (Schalast et al. 2008; Tonkin et al., 2012):

- “coesione e supporto reciproco tra i pazienti”, ovvero se i pazienti si prendono cura e si sostengono a vicenda coerentemente con i principi di una comunità;
- “sicurezza percepita”, ovvero il livello di tensione e minaccia, di aggressione e violenza percepite;
- “sostegno terapeutico”, inteso come la misura in cui il clima è percepito come un sostegno alle esigenze terapeutiche dei pazienti, di supporto alla terapia e alle necessità di cambiamento; la dimensione esamina pertanto la natura delle relazioni terapeutiche con il personale.

È stato quindi ideato un questionario a 17 item, sulla base di queste caratteristiche, in cui ognuna delle tre dimensioni è valutata da 5 item (Schalast et al., 2008).

Gli studi di validazione in un primo momento sono stati condotti in ambienti ad alta e media sicurezza (come reparti forensi ad esempio), ma successivamente altri studi (Alderman & Groucott, 2012; Corbetta, 2018; Giacomini, 2017; McCann et al., 2015; Milsom et al. 2014) hanno somministrato la scala in ambienti psichiatrici a bassa sicurezza, come i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) italiani.

Giacomini nel 2017, ha validato la EssenCES, partendo dalla versione inglese, a livello linguistico e culturale con metodologia translation back translation. Questa versione è stata poi accettata e approvata dall’ “Institute of Forensic Psychiatry University Duisburg-Essen”.

### **La Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta (CTRP)**

Le CTRP sono strutture residenziali (aperte 24/24) di tipo riabilitativo destinate ad interventi terapeutici-riabilitativi, continuativi e prolungati, per situazioni patologiche conseguenti o correlate alla malattia mentale. La condizione di residenzialità vuol consentire un intervento continuativo ed intenso mirato alla riacquisizione da parte degli utenti di abilità personali e di capacità relazionali e sociali. Sono rivolte a utenti adulti affetti da psicopatologie rilevanti, con risorse attivabili, in situazione talvolta di fragilità del supporto familiare.

La durata dei progetti personalizzati presso questi servizi residenziali è di norma di 12-24 mesi, estendibili di ulteriori 24 mesi, dopo adeguata ridefinizione del progetto (Regione Veneto, 2014).

Le CTRP previste nella Regione Veneto sono di due tipologie:

- CTRP- Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta
  - a. Modulo ad alta intensità assistenziale (“di tipo A”)
  - b. Modulo ad attività assistenziale intermedia (“di tipo B”)

## **Materiali e metodi**

### **Obiettivo**

Lo studio condotto intendeva misurare la percezione del clima di reparto da parte sia del personale socio-sanitario che degli utenti all’interno di una CTRP, mettendo in luce le principali similitudini e differenze identificabili nei due gruppi, anche attraverso il confronto delle variabili demografiche, professionali e cliniche.

### **Disegno di studio**

È stato condotto uno studio osservazionale di coorte.

Sono stati considerati eleggibili tutti gli operatori e gli ospiti di quattro CTRP del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell’AULSS 3 Serenissima. Le CTRP saranno indicate utilizzando dei numeri: CTRP 1, 2, 3, 4.

Gli operatori coinvolti appartengono alle seguenti categorie professionali: infermieri, operatori socio-sanitari (OSS), tecnici della riabilitazione psichiatrica (TERP), educatori professionali, psichiatri.

Di questi sono stati esclusi:

- coloro tra ospiti e personale che non hanno dato il consenso formale alla partecipazione;

- gli ospiti che in base al quadro psico-patologico non potevano essere considerati stabili a tal punto da compilare il questionario, secondo le indicazioni ricevute dall'équipe curante.

### **Strumenti di ricerca e di analisi**

È stato utilizzato il questionario “Essen Climate Evaluation Schema” (EssenCES-I) che si compone di 17 item e misura tre dimensioni dell'atmosfera di reparto: il “Sostegno terapeutico” (ST), la “Coesione dei pazienti” (CP), e la “Sicurezza percepita” (SP).

Ogni dimensione dell'atmosfera (subscala) viene valutata da un gruppo di 5 item, che nel questionario somministrato sono inseriti in ordine sparso. Le risposte sono chiuse, con una scala Likert che manifesta cinque gradi di accordo: 0 = per niente - 4 = moltissimo.

Ogni subscala ha un punteggio che può variare da 0 a 20; il punteggio totale delle tre sub scale (EssenCES total) arriva a 60.

Più sono alti i punteggi migliore sarà la percezione dell'atmosfera di reparto.

Il questionario era preceduto da una scheda per raccogliere le variabili anagrafiche e professionali degli operatori, ed una per quelle anagrafico-cliniche degli utenti.

L'elaborazione dei dati è avvenuta tramite il software Microsoft Excel©. Sono stati utilizzati il test t di Student e il test Chi Quadrato, accettando un livello di significatività statistica con un  $p \leq 0,05$ . Dato che l'EssenCES-I era sempre stato somministrato in servizi per acuti, prima della sua somministrazione è stato condotto un focus group con 8 operatori (infermieri, educatori e TERP del DSM) con l'obiettivo di verificare la comprensibilità del questionario da parte sia degli operatori che degli utenti delle CTRP. Rispetto al questionario originale, il focus group ha dato indicazioni di sostituire le parole “reparto” in “struttura”, e “pazienti” con “ospiti”, in quanto le parole “reparto” e “pazienti” ricordano l'SPDC e avrebbero potuto interferire con la compilazione del questionario.

### **Autorizzazioni e consenso**

Autorizzazione formale è stata ottenuta dalla Direzione Sanitaria dell'AULSS 3 Serenissima e del Dipartimento di Salute Mentale che non ha ritenuto necessario che lo studio venisse sottoposto al comitato etico provinciale, vista la sua natura osservazionale e la totale tutela della privacy implicita nella strutturazione dell'indagine.

Prima della compilazione del questionario, completo della scheda anagrafica iniziale, a tutti i partecipanti, operatori e utenti, è stato chiesto di esprimere il proprio consenso informato in forma scritta; il consenso concerneva anche la consultazione della documentazione clinica. A tutti i partecipanti veniva assicurato l'anonimato e il trattamento dei dati secondo la vigente legislazione sulla privacy.

Tutti i dati raccolti mediante la somministrazione dei questionari (completi di scheda dati anagrafici e clinici) sono stati inseriti nel database mediante un sistema di codifica che ha reso impossibile l'identificazione del singolo partecipante.

### **Procedura e raccolta dati**

Le modalità di raccolta dati sono state le seguenti:

- Per il personale sanitario si è svolta una presentazione iniziale del lavoro di ricerca in ogni singola CTRP, a cui è seguita la somministrazione da parte di una ricercatrice. Durante la compilazione la ricercatrice era sempre presente e disponibile per domande o chiarimenti.

- Per gli utenti si è svolta una presentazione iniziale nella quale sono state spiegate dalla ricercatrice le modalità di compilazione del questionario, sottolineando il rispetto dell'anonimato e della privacy di ciascuno, e specificando la volontarietà della partecipazione. Successivamente veniva dato agli ospiti il questionario. Durante la compilazione la ricercatrice era sempre presente e disponibile per domande o chiarimenti. I dati clinici degli ospiti sono stati raccolti dalla documentazione clinica presente in struttura.

- Appena raccolti questi dati la ricercatrice procedeva ad assegnare ad ogni questionario e alla relativa scheda raccolta dati un codice per l'inserimento nel database, in modo da rispettare quindi l'anonimato degli ospiti.

Lo studio si è svolto dal 01/08/2017 al 30/09/2017.

## Risultati

### Analisi del personale

Su 52 operatori presenti nelle 4 CTRP, 50 hanno risposto al questionario (TS 96,2%), mentre solo due (3,8%) non hanno aderito allo studio. Le caratteristiche anagrafico-professionali sono descritte in tabella 1.

Dalle analisi statistiche effettuate incrociando le variabili anagrafico – professionali (Tabella 1) con i punteggi delle EssenCES non emergono dati significativi, ovvero tali variabili non sembrano influenzare la percezione del clima di reparto. Un confronto fra diverse professioni non è apparso opportuno, visto il grande squilibrio numerico fra infermieri e Oss con tutte le altre professioni.

Tabella 1: Caratteristiche anagrafico-professionali del personale

Caratteristiche	Classi/Intervalli	CTRP 1	Valore percentuale	CTRP 2	Valore percentuale	CTRP 3	Valore percentuale	CTRP 4	Valore percentuale	Tot (n)	Valore percentuale
Sesso	Maschi	9	64,30%	4	33,30%	7	63,60%	3	23,00%	23	46%
	Femmine	5	35,70%	8	66,70%	4	36,40%	10	77,00%	27	54%
	Totale	14	100,00%	12	100,00%	11	100,00%	13	100,00%	50	100%
Età	21-30	0	0%	2	16,70%	1	9,10%	0	0%	3	6%
	31-40	0	0%	1	8,30%	4	36,40%	3	23,00%	8	16%
	41-50	9	64,30%	1	8,30%	3	27,30%	2	15,40%	15	30%
	51-60	5	35,70%	8	66,70%	2	18,10%	6	46,20%	21	42%
	61-70	0	0%	0	0%	1	9,10%	2	15,40%	3	6%
	Totale	14	100%	12	100,00%	11	100,00%	13	100%	50	100%
Qualifica professionale	Infermiere	7	50%	10	83,30%	7	63,60%	4	30,80%	28	56%
	OSS	6	42,80%	2	16,70%	4	36,40%	7	53,80%	19	38%
	TERP	0	0%	0	0%	0	0%	2	15,40%	2	4%
	educatore profession	1	7,20%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
	Totale	14	100%	12	100,00%	11	100,00%	13	100,00%	50	100%
Anni di servizio in CTRP	< 1 anno	2	14,30%	2	16,70%	3	27,30%	6	46,20%	13	26%
	> 1 anno	2	14,30%	1	8,30%	2	18,10%	3	23,00%	8	16%
	> 3 anni	0	0%	0	0%	1	9,10%	0	0%	1	2%
	> 5 anni	10	71,40%	9	75%	5	45,50%	4	30,80%	28	56%
	Totale	14	100,00%	12	100,00%	11	100,00%	13	100,00%	50	100%
Anzianità lavorativa	> 1 anno	0	0%	2	16,70%	1	9,10%	1	7,70%	4	8%
	> 3 anni	0	0%	0	0%	0	0%	1	7,70%	1	2%
	> 5 anni	1	7,20%	0	0%	1	9,10%	2	15,40%	4	8%
	> 10 anni	13	92,80%	10	83,30%	9	81,80%	9	69,20%	41	82%
	Totale	14	100%	12	100,00%	11	100,00%	13	100,00%	50	100%

Note: OSS = Operatore socio sanitario; TERP = Tecnico della riabilitazione psichiatrica; CTRP = Comunità terapeutica residenziale protetta

Dai dati presenti nella Tabella 2, possiamo invece notare come in ogni confronto il personale delle CTRP di tipo B ha ottenuto un punteggio più alto rispetto al personale delle CTRP di tipo A, sia per sezione che nel complesso.

Tabella 2: Confronto tra personale delle CTRP di tipo A e personale delle CTRP di tipo B

	CTRP A	CTRP B	p
Coesione dei pazienti (CP)	8 ± 2,9	9,2 ± 4,6	0,3
Sicurezza percepita (SP)	10 ± 3	11,5 ± 3,1	0,09
Sostegno terapeutico (ST)	16,2 ± 1,9	16,1 ± 2,9	0,7
EssenCES total	34,4 ± 5	36,8 ± 7,9	0,2

### Analisi degli ospiti

Il totale degli ospiti coinvolti nello studio è pari a 36 per un tasso di rispondenza del 95%. Solo due ospiti non hanno accettato di partecipare allo studio.

Le caratteristiche anagrafico-cliniche di questo gruppo sono riportate nella tabella 3.

Tabella 3: Caratteristiche anagrafico-cliniche degli ospiti

Caratteristiche	Classi/ Intervalli	Valore assoluto	Valore percentuale
<b>Sesso</b>	femmine	9	25,00%
	maschi	27	75,00%
	Totale	36	100,00%
<b>Età</b>	18-30	8	22%
	31-40	8	22%
	41-50	10	27,80%
	51-60	9	25,00%
	61-70	1	3%
	Totale	36	100%
<b>Diagnosi</b>	psicosi	28	77,80%
	dist. di personalità	4	11,10%
	dist. depressivo	1	3,00%
	dist. bipolare	1	3%
	altro	2	5,60%
Totale	36	100%	
<b>Da quanto in CTRP</b>	< 1 anno	14	38,90%
	> 1 anno	7	19,40%
	> 3 anni	12	33,30%
	> 5 anni	3	8%
	Totale	36	100,00%
<b>Precedenti ricoveri in questa CTRP</b>	Sì	12	33,30%
	No	24	66,70%
	Totale	36	100,00%
<b>Precedenti ricoveri in altre CTRP</b>	Sì	8	22,20%
	No	28	77,80%
	Totale	36	100%
<b>CD/DH</b>	Sì	17	47%
	No	19	53%
	Totale	36	100%
<b>Da quanto in carico al DSM</b>	0-5 anni	15	41,70%
	5-10 anni	6	16,70%
	> 10 anni	3	8,00%
	> 20 anni	12	33,30%
	Totale	36	100,00%
<b>Provenienza</b>	Domicilio	16	44,40%
	SPDC	16	44,40%
	Altra struttura	4	11%
	Totale	36	100,00%
<b>Precedenti ricoveri in SPDC</b>	Sì	31	86,10%
	No	5	13,90%
	Totale	36	100,00%

Nota: CD = Centro Diurno; DH = Day Hospital; DSM = Dipartimento di Salute Mentale; SPDC = Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura

Le variabili anagrafico-cliniche degli ospiti sono state confrontate con i punteggi della EssenCES, al fine di comprendere quali fossero le differenze significative o meno, tra le diverse classi (Tabella 4).

Tabella 4: Confronto tra caratteristiche degli ospiti

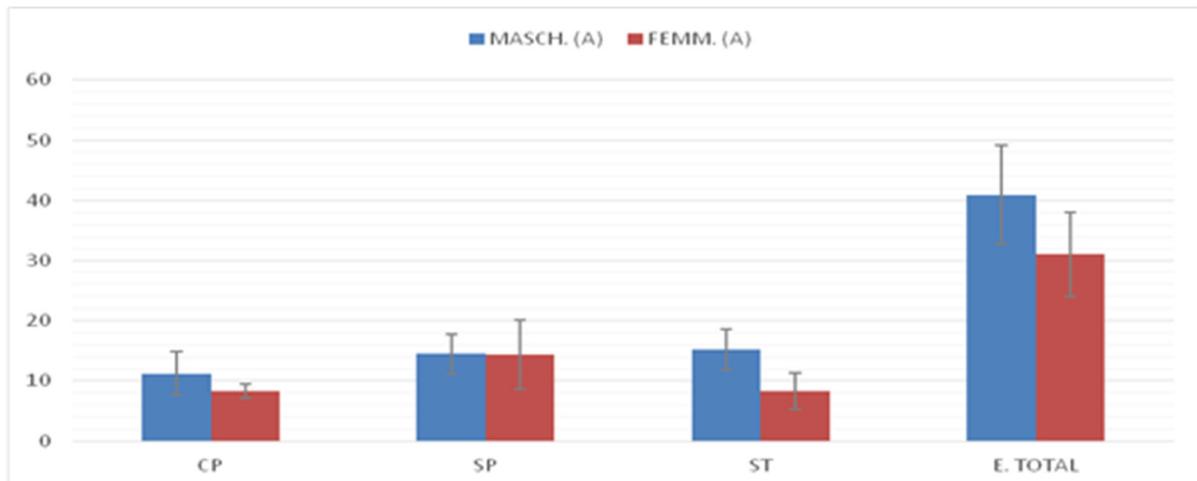
Caratteristiche	Classi/Intervalli	CP		SP		ST		EssenCES total	
		media ± ds	p	media ± ds	p	media ± ds	p	media ± ds	p
Sesso	femmine	10,3 ± 3,8	0,8	15,2 ± 4	0,35	12 ± 4,3	0,33	37,5 ± 9,7	0,9
	maschi	10,7 ± 3,7		13,7 ± 4		13,6 ± 3,5		38 ± 9	
Da quanto tempo in CTRP	0-3 anni	10,3 ± 4,3	0,5	14,5 ± 3,6	0,5	13,5 ± 3,8	0,5	38,3 ± 9,5	0,7
	> 3 anni	11 ± 2,6		13,6 ± 4,5		12,7 ± 3,7		37,4 ± 8,8	
Da quanto tempo in carico al DSM	0-10 anni	10,5 ± 4,4	0,9	15,2 ± 3,2	0,09	13,4 ± 3,4	0,8	39 ± 9,6	0,4
	> 10 anni	10,6 ± 2,7		12,8 ± 4,5		13 ± 4,1		36,5 ± 8,4	
Attività di CD/DH	si	9,5 ± 3,7	0,09	12,5 ± 3,8	0,02	12,8 ± 4	0,5	34,9 ± 8,6	0,05
	no	11,6 ± 3,4		15,6 ± 3,5		13,5 ± 3,5		40,7 ± 8,9	
Precedenti ricoveri nell'attuale CTRP	si	11 ± 3,2	0,7	16,4 ± 3,8	0,3	14,8 ± 4	0,5	42,2 ± 5,4	0,4
	no	11,5 ± 3,4		14,5 ± 3,4		13,5 ± 3,8		39,5 ± 9	
Precedenti ricoveri in altre CTRP	si	11,6 ± 5	0,5	14,5 ± 4	0,7	15 ± 6	0,3	41 ± 12,4	0,4
	no	10,3 ± 3,3		14 ± 4		12,7 ± 2,7		37 ± 8	
Provenienza	domicilio	11,9 ± 2,6	0,1	14,7 ± 3,8	0,6	13,7 ± 3	0,9	40,3 ± 7,8	0,4
	SPDC	9,9 ± 4,5		13,9 ± 4,4		13,5 ± 4		37,3 ± 10,2	
Precedenti ricoveri in SPDC	si	10,5 ± 4	0,6	14,4 ± 4	0,2	13 ± 4	0,2	38 ± 9,6	0,9
	no	11 ± 1,3		12,2 ± 2,3		14,4 ± 1,7		37,6 ± 4,9	

Nota: CD = Centro Diurno; DH = Day Hospital; DSM = Dipartimento di Salute Mentale; SPDC = Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura

Un primo confronto è stato fatto aggregando i dati delle CTRP di tipo A con quelli del tipo B. Si rilevano per la variabile “Sesso” differenze significative nella sezione CP, “Coesione pazienti”, con  $p = 0,03$ , in cui le femmine hanno una media più bassa ( $8,3 \pm 1,2$ ) dei maschi ( $11,2 \pm 3,6$ ).

Invece nella SP, “Sicurezza percepita”, le medie sono simili per i due sessi, mentre nella ST, “Sostegno terapeutico”, con  $p = 0,04$ , le femmine hanno nuovamente una media significativamente più bassa ( $8,3 \pm 3$ ) rispetto ai maschi ( $15,2 \pm 3,4$ ). Nel complesso (EssenCES total) i maschi hanno una media nettamente superiore alle femmine ( $41 \pm 8,1$  rispetto a  $31 \pm 7$ ).

Grafico 1: Confronto sul clima di reparto tra i maschi e femmine di CTRP di tipo A



Sempre per quanto riguarda la variabile “Sesso”, confrontando maschi delle CTRP di tipo A con maschi delle CTRP di tipo B, si rilevano differenze significative nella sezione ST, “Sostegno terapeutico”, con  $p = 0,02$ , in cui i maschi delle CTRP di tipo B hanno una media più bassa ( $12,1 \pm 3$ ) rispetto ai maschi delle CTRP di tipo A ( $15,1 \pm 3,4$ ).

Per la variabile “Attività di CD/DH”: chi frequenta il Centro diurno (CD) e/o il Day hospital (DH) ha medie decisamente più basse rispetto a chi non li frequenta: SP, “*Sicurezza percepita*”,  $p = 0,02$ , in cui chi frequenta i servizi ha una media di  $12,5 \pm 3,8$  mentre chi non li frequenta  $15,6 \pm 3,5$ . In CP, “*Coesione pazienti*”, la media tra coloro che frequentano il CD e/o il DH è  $9,5 \pm 3,7$ , mentre chi non li frequenta è  $11,6 \pm 3,4$ .

Nella ST, “*Sostegno terapeutico*”, la differenza delle medie non è così accentuata ( $12,8 \pm 4$  vs  $13,5 \pm 3,5$ ). Mentre nella EssenCES total ritroviamo una notevole differenza ( $34,9 \pm 8,6$  vs  $40,7 \pm 8,9$ ;  $p = 0,05$ ) fra chi frequenta e chi no.

### Confronto sulla percezione del clima di reparto tra personale e ospiti

Successivamente si è proceduto ad operare un confronto tra i risultati ottenuti dal personale e quelli ottenuti dagli ospiti di ogni CTRP sulla percezione del clima di reparto: è stata calcolata la media dei punteggi finali per ciascuna sottoscala e per l’EssenCES total, verificando eventuali differenze significative.

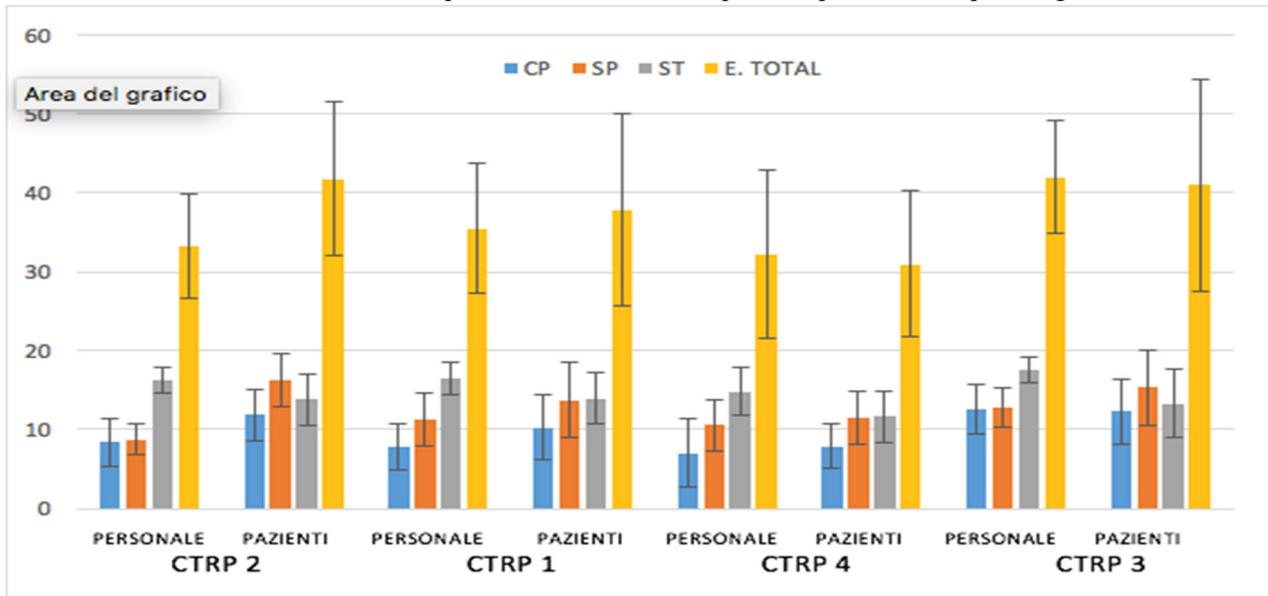
Mettendo a confronto, invece, il personale con gli ospiti delle quattro CTRP (Tabella 5), risulta che ogni sottoscala ha una differenza molto significativa, anche nel complesso (EssenCES total).

Tabella 5: Confronto sulla percezione del clima di reparto tra il personale e ospiti

	Personale	Pazienti	p
Coesione dei pazienti (CP)	$8,6 \pm 3,8$	$11,7 \pm 3,1$	0,0001
Sicurezza percepita (SP)	$10,8 \pm 3$	$15 \pm 3,4$	0,00000003
Sostegno terapeutico (ST)	$16,2 \pm 2,3$	$13,5 \pm 3,6$	0,0002
EssenCES total	$35,3 \pm 6,6$	$40,2 \pm 8$	0,004

Analogamente, i risultati riportati nel grafico 2 mostrano che in ogni CTRP risultano differenze significative sulla percezione del clima di reparto tra personale e ospiti. Nelle CTRP 1 e 2 risulta molto significativa la SP, “*Sicurezza percepita*”, mentre nelle CTRP 3 e 4 (entrambe di tipo B) risulta piuttosto significativa la ST, “*Sostegno terapeutico*”.

Grafico 2: Confronto sulla percezione del clima di reparto tra personale e ospiti di ogni CTRP



## Discussione

### Limiti

Nel presente studio il limite principale riguarda il ridotto campione degli ospiti ed il fatto che lo studio si sia svolto in sole 4 CTRP di una AULSS.

Un altro possibile limite è rappresentato dal fatto che la scala “EssenCES” è stata utilizzata per la prima volta in uno specifico ambito residenziale comunitario. Non vi sono molti studi che indagano sul clima sociale delle CTRP in Italia se non in maniera più generale relativamente ai servizi territoriali (Burti et al., 2004).

Le strutture residenziali psichiatriche trovano differenti denominazioni e diverse articolazioni cliniche ed organizzative non solo nei singoli stati europei ma anche all’interno dello stesso panorama italiano. Questo rende difficile, ma non impossibile, la comparazione con la letteratura internazionale (Killaspy et al., 2016; Brandolin, 2011; Santone et al., 2006).

Un potenziale bias di campionamento poteva essere identificato nel criterio di esclusione degli ospiti “secondo indicazione della équipe curante”; in realtà questo criterio di esclusione non è stato applicato in nessun caso.

Il nostro studio presenta un buon tasso di rispondenza (95%) che, unito alla significatività delle risposte, permette di evidenziare che gli utenti psichiatrici sono in grado di valutare e di rispondere in maniera appropriata. La loro capacità di analisi e valutazione del trattamento e di un contesto-ambiente non sembra particolarmente influenzata dal disturbo psichico (Paludetto et al., 2015). Vi sono alcune attenzioni metodologiche da attuare (brevità degli strumenti, timing corretto di somministrazione evitando la prima fase dell’acuzie, etc.) che permettono di facilitare l’utenza nel fornire risposte attendibili (Boyer et al., 2009); si tratta però di attenzioni che valgono sia per l’utenza psichiatrica che per quella generale. Le piccole modifiche al questionario originale (descritte in metodologia) sono state introdotte proprio con l’obiettivo di facilitare a tutti i soggetti coinvolti la compilazione.

Il coinvolgimento dell’utenza nella valutazione dei servizi e delle cure ricevute appare un argomento sempre più centrale nei servizi sanitari moderni: la letteratura (Paludetto et al., 2015; Taylor et al., 2009; van Wel et al., 2003) attribuisce moltissima importanza all’opinione degli utenti, sia dei servizi di salute mentale e che di quelli psichiatrici, sulla qualità dell’erogazione delle cure e dell’assistenza. Viene considerata un elemento facilitatore del miglioramento della qualità di un servizio ed un primo passo, ma fondamentale, nel processo di empowerment e partecipazione dell’utente nel processo di cura (Taylor et al., 2006). Alcuni autori attribuiscono

al coinvolgimento dell'utenza nella valutazione del servizio e dell'assistenza una valenza terapeutica (McPherson et al., 2018; Taylor et al., 2009).

Il clima di reparto è strettamente correlato con la partecipazione dell'utente nei processi di decision making: un clima caratterizzato dall'inclusività, aperto e confortevole incoraggia gli utenti all'indipendenza e al coinvolgimento nelle decisioni assistenziali, con grande soddisfazione da parte di operatori e utenti (Mares et al., 2002).

### **Le percezioni degli ospiti**

Appare di interesse il fatto che le caratteristiche anagrafico-cliniche, in particolare la diagnosi, non siano correlate in maniera rilevante alla percezione del clima, dato rilevato già da altri studi che hanno utilizzato la WAS (Middleboe et al., 2001; Pedersen & Karterud, 2007). Lo stesso dato si ritrova negli studi sulla soddisfazione degli utenti (Paludetto et al., 2015).

Solo le variabili "Sesso" e frequenza al "CD/DH" hanno riportato differenze di percezione significative. Analizzando la variabile "Sesso", le principali differenze emergono nella percezione della coesione fra ospiti della struttura e nel sostegno terapeutico; la percezione di sicurezza e il livello di tensione e minaccia di aggressione che vengono rilevate all'interno della struttura, invece è di fatto simile. Il dato suggerisce che in una comunità terapeutica le donne percepiscono l'ambiente meno terapeutico degli uomini e che la coesione, ovvero la solidarietà ed il sostegno reciproco in una comunità, è anch'essa percepita in misura minore (Corbetta, 2018; Giacomini, 2017; Dickens et al., 2014). I due dati sembrano fra loro coerenti dato che il supporto reciproco in una comunità è elemento importante dell'azione terapeutica (McPherson et al., 2018). È la comunità (di persone operatori e utenti) in sé che è terapeutica, quindi una bassa terapeuticità potrebbe essere spia di una bassa coesione fra utenti.

La frequenza o meno degli utenti ad attività esterne in Centro Diurno o Day Hospital, ci fornisce dei dati interessanti e statisticamente significativi. Per ogni sottoscala (SP = p 0,05) e nella EssenCES Total (p 0,02), coloro che non frequentano il CD/DH hanno medie decisamente più alte rispetto agli ospiti che invece frequentano questi servizi.

Il fatto che gli utenti che non frequentano le strutture intermedie percepiscano un clima migliore è sorprendente perché invece viene comunemente ritenuto che la frequenza ad attività esterne alla comunità produca migliori esiti, favorisca la socializzazione del paziente, abitandolo anche a frequentare le strutture di un servizio psichiatrico (Killaspy et al., 2016; Killaspy et al., 2015; Cook et al., 2016). È l'idea di servizio come continuum così come concettualizzata da Drachman nel 1981, secondo un continuum model che vede per l'appunto una continuità di strutture all'interno di uno stesso dipartimento di salute mentale; è un modello molto frequente nella realtà italiana, come rilevato da Brandolin (2011) e prima da Santone et al., che nel 2005 avevano condotto con il Progres group una survey nazionale comprendente anche le strutture residenziali psichiatriche. Scopo ulteriore delle attività esterne è di evitare che l'utente si isoli nella comunità, limitando il rischio che questa diventi, come definito da Jones (2000), un mini-asylum.

Il fatto che gli utenti che non frequentano strutture esterne percepiscano un clima migliore può essere collegato a molteplici fattori: 1) la qualità delle specifiche strutture intermedie che gli ospiti frequentano; 2) il tipo di attività svolte al loro interno; 3) una certa "passività" causata soprattutto dalla psicopatologia (Killaspy et al., 2015; Cook et al., 2016); 4) la non integrazione dello staff (ad esempio fra educatori ed infermieri che possono avere priorità assistenziali diverse come notato da Cook et al., 2016); 5) la percezione delle strutture esterne come ambienti meno sicuri della CTRP. Quest'ultimo fattore nel nostro studio ha un riscontro statistico, visto che la sub scala che ha la media inferiore è proprio "Sicurezza Percepita".

Interessanti, in questo senso, sono le considerazioni di Sandhu et al., (2017) secondo il quale gli utenti di una residenza protetta hanno timore ed ansietà nel frequentare altri servizi o altri ambienti sociali, proprio per il senso di sicurezza e di confort acquisito nella struttura; per cui paradossalmente il fornire sicurezza e confort andrebbe a ridurre negli utenti il desiderio di cambiamenti ulteriori.

## Le percezioni di ospiti ed operatori a confronto

Anche per quanto riguarda la percezione del clima di reparto tra gli utenti ed il personale si sono riscontrati interessanti risultati.

Nel confronto tra la percezione del clima di reparto di tutto il personale e di tutti gli ospiti emerge, per ogni sezione e nella EssenCES total, che tutte le medie degli utenti siano decisamente più alte rispetto a quelle del personale, e che tutte abbiano anche significatività statistica.

Se approfondiamo il dato notiamo che dal confronto sulla percezione del clima di reparto tra il personale ed utenti delle CTRP di tipo A, quest'ultimi hanno, per ogni sottoscala e nel complesso, una media più alta rispetto al personale, eccetto per la ST, "*Sostegno terapeutico*", in cui invece il personale ha punteggi maggiori rispetto agli ospiti.

Nelle due CTRP di tipo B, risulta invece che nella CP, "*Coesione pazienti*", le medie di ospiti e personale sono molto simili, così come nel complesso EssenCES total. Troviamo differenze interessanti ne "*Sicurezza percepita*", dove gli utenti hanno medie più alte, ed in "*Sostegno Terapeutico*" dove gli operatori, come nelle comunità intensive di tipo A, percepiscono di esprimere un sostegno terapeutico maggiore rispetto a quello percepito dagli ospiti.

Le divergenze di percezioni fra operatori e utenti si ritrovano in tutti gli studi di letteratura sul clima di reparto (Sweeney et al., 2014; Papoulias et al., 2014; Giacomini, 2017) con sfumature diverse a seconda della struttura psichiatrica per acuti e della sub scala interessata.

Gli operatori hanno espresso le medie più basse soprattutto se appartenevano alle CTRP di tipo A, quelle ad alta intensità assistenziale e ospiti meno "stabili".

La percezione di insicurezza negli operatori può facilmente portare alla creazione di ambienti più restrittivi, in cui le regole sono rigide e gli ambienti inaccessibili. È questa la situazione più comune rilevata dal gruppo Progres (Santone et al., 2005), che ha sottolineato come la maggior parte delle strutture residenziali psichiatriche fossero altamente strutturate in termini di regole, pur in presenza di un elevato livello di socializzazione fra utenti ed operatori. Mancavano di attività terapeutiche evidence based o perlomeno con approcci specifici e strutturati, anche se i percorsi erano generalmente individualizzati, e gli ambienti di cura apparivano nel contempo molto standardizzati, dato confermato anche dallo studio di Brandolin (2011).

È di notevole interesse la correlazione presente fra percorsi standardizzati di cura e ambiente restrittivo (Santone et al., 2005). Secondo i dati analizzati dal Progres group, ad un ambiente molto standardizzato non corrisponde necessariamente un focus sul percorso di cura dell'utente. Il commento degli autori era che la standardizzazione non era pensata per il percorso di cura del paziente, bensì allo scopo di permettere principalmente lo svolgimento ordinato della vita della struttura psichiatrica (Santone et al., 2005).

Non siamo in grado di dire quale sia stato il livello di standardizzazione delle CTRP da noi analizzato, ma questa correlazione potrebbe spiegare le discrepanze fra percezioni: la percezione di insicurezza avvertita dagli operatori potrebbe averli indotti, già molto prima del nostro studio, a strutturare un ambiente definito da regole restrittive; queste stesse regole potrebbero essere responsabili del basso livello di sostegno terapeutico percepito dagli utenti. Gli stessi operatori potrebbero aver sopravvalutato l'effetto terapeutico delle regole e dell'ordine (Cook et al., 2016) scegliendo di utilizzarle, malgrado la letteratura suggerisca per il trattamento della schizofrenia ambienti il meno restrittivi possibile (Taylor et al., 2006).

## Conclusioni

Questo studio ha cercato di valutare il clima di reparto, fattore clinico - organizzativo ancora poco studiato soprattutto nei contesti residenziali psichiatrici italiani. Si è notato come alcuni fattori, quali il sesso o il tipo di attività che caratterizzano l'ambiente di cura, influiscano sulla percezione del clima, ma soprattutto è emersa una differenza significativa tra le percezioni degli operatori e quelle degli utenti su alcuni aspetti inerenti il clima di reparto.

In un ambiente multi-professionale, dove lavorano insieme educatori professionali, tecnici della riabilitazione, infermieri, personale di supporto e psichiatri, la conoscenza di queste

percezioni e delle loro differenze reciproche può rappresentare uno strumento importante per migliorare, in un'ottica di qualità autoconsapevole, il percorso clinico riabilitativo degli utenti.

Si auspicano lo sviluppo in futuro di ulteriori studi multicentrici, per approfondire maggiormente questo importante argomento.

## **Bibliografia**

- Alderman, N., & Groucott, L. (2012). Measurement of social climate within neurobehavioural rehabilitation services using the EssenCES. *Neuropsychological rehabilitation*, 22(5), 768-793.
- Brandolin C. (2011). L'assistenza sulle 24 ore in strutture residenziali psichiatriche: uno studio clinico multicentrico. (Tesi di Laurea in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Università degli Studi di Trieste).
- Boyer, L., Baumstarck-Barrau, K., Cano, N., Zendjidjian, X., Belzeaux, R., Limousin, S., ... & Auquier, P. (2009). Assessment of psychiatric inpatient satisfaction: a systematic review of self-reported instruments. *European Psychiatry*, 24(8), 540-549.
- Burti, L., Andreone, N., & Mazzi, M. (2004). Reassessing treatment environments after two decades: client and staff perceptions of an Italian community mental health service environment, then and now. *Community mental health journal*, 40(3), 199-210.
- Camuccio, C.A., Sanavia, M., Cutrone, F., Gregio, M., Marella, I., Cocchio, S., Cabbia, C. & Baldo, V. (in press). Noise levels in an acute psychiatric unit: an exploratory observational study. *Issues of Mental Health Nursing*.
- Cook, S., Mundy, T., Killaspy, H., Taylor, D., Freeman, L., Craig, T., & King, M. (2016). Development of a staff training intervention for inpatient mental health rehabilitation units to increase service users' engagement in activities. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(3), 144-152.
- Corbetta, M. (2018). La psicoeducazione e le attività di unità operativa influenzano la percezione del clima sociale dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura? Uno studio osservazionale di coorte multicentrico (Tesi di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Padova)
- de Vries, M. G., Brazil, I. A., Tonkin, M., & Bulten, B. H. (2016). Ward climate within a high secure forensic psychiatric hospital: Perceptions of patients and nursing staff and the role of patient characteristics. *Archives of psychiatric nursing*, 30(3), 342-349.
- Dickens, G. L., Suesse, M., Snyman, P., & Picchioni, M. (2014). Associations between ward climate and patient characteristics in a secure forensic mental health service. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 25(2), 195-211.
- Drachman, D. (1981). A residential continuum for the chronically mentally ill: a Markov probability model. *Evaluation & the health professions*, 4(1), 93-104.
- Eggert, J. E., Kelly, S. P., Margiotta, D. T., Hegvik, D. K., Vaher, K. A., & Kaya, R. T. (2014). Person-Environment Interaction in a New Secure Forensic State Psychiatric Hospital. *Behavioral sciences & the law*, 32(4), 527-538.
- Friis, S. (1996). The importance of ward atmosphere in inpatient treatment of schizophrenia on short-term units. *Psychiatric Services*, 47(7), 721.
- Friis, S. (1986). Measurements of the perceived ward milieu: a reevaluation of the Ward Atmosphere Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73(5), 589-599.
- Giacomin, E. (2017). La valutazione dell'atmosfera di reparto nei servizi psichiatrici per acuti: studio osservazionale di coorte e validazione linguistica del questionario "Essen climate evaluation schema" (Essen-ces) (Tesi di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Padova)
- Howells, K., Tonkin, M., Milburn, C., Lewis, J., Draycot, S., Cordwell, J., ... & Schalast, N. (2009). The EssenCES measure of social climate: A preliminary validation and normative data in UK high secure hospital settings. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 19(5), 308-320.

- Johansson, H., & Eklund, M. (2004). Helping alliance and ward atmosphere in psychiatric inpatient care. *Psychology and Psychotherapy: theory, research and practice*, 77(4), 511-523.
- Jones, J. (2000). Mental health care reforms in Britain and Italy since 1950: a cross-national comparative study. *Health & place*, 6(3), 171-187.
- Killaspy, H., Marston, L., Green, N., Harrison, I., Lean, M., Cook, S., ... & Koeser, L. (2015). Clinical effectiveness of a staff training intervention in mental health inpatient rehabilitation units designed to increase patients' engagement in activities (the Rehabilitation Effectiveness for Activities for Life [REAL] study): single-blind, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 2(1), 38-48.
- Killaspy, H., Cardoso, G., White, S., Wright, C., de Almeida, J. M. C., Turton, P., ... & Brangier, P. (2016). Quality of care and its determinants in longer term mental health facilities across Europe; a cross-sectional analysis. *BMC psychiatry*, 16(1), 31.
- Lundqvist, L. O., & Schröder, A. (2015). Patient and staff views of quality in forensic psychiatric inpatient care. *Journal of forensic nursing*, 11(1), 51-58.
- Mares, A. S., Young, A. S., McGuire, J. F., & Rosenheck, R. A. (2002). Residential environment and quality of life among seriously mentally ill residents of board and care homes. *Community Mental Health Journal*, 38(6), 447-458.
- Mccann, T., Baird, J., & Muir-Cochrane, E. C. (2015). Social climate of acute old age psychiatry inpatient units: staff perceptions within the context of patient aggression. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(2), 102-108.
- McPherson, P., Krotofil, J., & Killaspy, H. (2018). Mental health supported accommodation services: a systematic review of mental health and psychosocial outcomes. *BMC psychiatry*, 18(1), 128.
- Middelboe, T., Schjødt, T., Byrstring, K., & Gjerris, A. (2001). Ward atmosphere in acute psychiatric in-patient care: patients' perceptions, ideals and satisfaction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(3), 212-219.
- Milsom, S. A., Freestone, M., Duller, R., Bouman, M., & Taylor, C. (2014). Factor structure of the Essen Climate Evaluation Schema measure of social climate in a UK medium-security setting. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 24(2), 86-99.
- Moos, R. (1974). *Evaluating Treatment Environments: A Social Ecological Approach (Health, medicine & society)*. New York: Wiley-Interscience Series.
- Moos, R. H. (1974). *Community Oriented Programs Environment Scale*. Consulting Psychologists Press.
- Moos, R. H., & Houts, P. S. (1968). Assessment of the social atmospheres of psychiatric wards. *Journal of Abnormal Psychology*, 73(6), 595.
- Moos, R., Shelton, R., & Petty, C. (1973). Perceived ward climate and treatment outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 82(2), 291.
- Paludetto, M., Camuccio, C. A., Cutrone, F., Cocchio, S., & Baldo, V. (2015). Can we have routine measurement of patient satisfaction in acute psychiatric settings? A cross sectional study. *Archives of psychiatric nursing*, 29(6), 447-453.
- Papoulias, C., Csipke, E., Rose, D., McKellar, S., & Wykes, T. (2014). The psychiatric ward as a therapeutic space: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 205(3), 171-176.
- Pedersen, G., & Karterud, S. (2007). Associations between patient characteristics and ratings of treatment milieu. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(4), 271-278.
- Regione Veneto (2014) La residenzialità psichiatrica nel Veneto. Documento Regione del Veneto, Venezia.
- Disponibile da: [http://www.regione.veneto.it/c/document\\_library/get\\_file?uuid=ea31f952-2df4-4d3d-869e-99d43cee4053&groupId=10793](http://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=ea31f952-2df4-4d3d-869e-99d43cee4053&groupId=10793)
- Rossberg, J. I., & Friis, S. (2004). Patients' and staff's perceptions of the psychiatric ward environment. *Psychiatric Services*, 55(7), 798-803.

- Rossberg, J. I., Melle, I., Opjordsmoen, S., & Friis, S. (2008). The relationship between staff members' working conditions and patients' perceptions of the treatment environment. *International Journal of Social Psychiatry, 54*(5), 437-446.
- A] Røssberg, J. I., & Friis, S. (2003). Do the Spontaneity and Anger and Aggression subscales of the Ward Atmosphere Scale form homogeneous dimensions? A cross-sectional study of 54 wards for psychotic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 107*(2), 118-123.
- B] Røssberg, J. I., & Friis, S. (2003). A suggested revision of the Ward Atmosphere Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108*(5), 374-380.
- Røssberg, J. I., Melle, I., Opjordsmoen, S., & Friis, S. (2006). Patient satisfaction and treatment environment: a 20-year follow-up study from an acute psychiatric ward. *Nordic Journal of Psychiatry, 60*(2), 176-180.
- Sandhu, S., Priebe, S., Leavey, G., Harrison, I., Krotofil, J., McPherson, P., ... & Shepherd, G. (2017). Intentions and experiences of effective practice in mental health specific supported accommodation services: a qualitative interview study. *BMC health services research, 17*(1), 471.
- Santone, G., de Girolamo, G., Falloon, I., Fioritti, A., Micciolo, R., Picardi, A., ... & PROGRES Group. (2005). The process of care in residential facilities. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 40*(7), 540-550.
- Schalast, N., Redies, M., Collins, M., Stacey, J., & Howells, K. (2008). EssenCES, a short questionnaire for assessing the social climate of forensic psychiatric wards. *Criminal Behaviour and Mental Health, 18*(1), 49-58.
- Schjødt, T., Middelboe, T., Mortensen, E. L., & Gjerris, A. (2003). Ward atmosphere in acute psychiatric inpatient care: differences and similarities between patient and staff perceptions. *Nordic Journal of Psychiatry, 57*(3), 215-220.
- Sweeney, A., Fahmy, S., Nolan, F., Morant, N., Fox, Z., Lloyd-Evans, B., ... & Slade, M. (2014). The relationship between therapeutic alliance and service user satisfaction in mental health inpatient wards and crisis house alternatives: a cross-sectional study. *PLoS One, 9*(7), e100153.
- Tonkin, M., Howells, K., Ferguson, E., Clark, A., Newberry, M., & Schalast, N. (2012). Lost in translation? Psychometric properties and construct validity of the English Essen Climate Evaluation Schema (EssenCES) social climate questionnaire. *Psychological Assessment, 24*(3), 573.
- Taylor, T. L., Killaspy, H., Wright, C., Turton, P., White, S., Kallert, T. W., ... & Kališová, L. (2009). A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC psychiatry, 9*(1), 55.
- van Wel, T., Felling, A., & Persoon, J. (2003). The effect of psychiatric rehabilitation on the activity and participation level of clients with long-term psychiatric disabilities. *Community Mental Health Journal, 39*(6), 535-546.
- Watson, J., Fossey, E., & Harvey, C. (2018). A home but how to connect with others? A qualitative meta-synthesis of experiences of people with mental illness living in supported housing. *Health & social care in the community*.
- World Health Organization. (1953). Expert Committee on Mental Health: third report [of a meeting held in Geneva, 24-29 November 1952].