

Sei qui: [Home](#) > [Volume 27](#) > Buone Pratiche di Comunità Terapeutica in Italia. Outcome dei primi dieci anni del Programma di Accreditamento di Qualità “Visiting DTC Project” e Standard di Servizio per le Comunità Terapeutiche Democratiche italiane

Volume 27 - 27 Dicembre 2023

Buone Pratiche di Comunità Terapeutica in Italia. Outcome dei primi dieci anni del Programma di Accreditamento di Qualità “Visiting DTC Project” e Standard di Servizio per le Comunità Terapeutiche Democratiche italiane

Autori

Simone Bruschetta

Ricevuto il 07/08/2023 – Accettato il 30/08/2023

Riassunto

Scopo

Questo contributo presenta i risultati raggiunti dal primo, e ad oggi unico, programma di accreditamento e miglioramento di qualità per Comunità Terapeutiche Democratiche sviluppato in Italia, negli ultimi dieci anni, avviato a cavallo tra il 2011-2012 e denominato “Visiting DTC Project”. Il Progetto Visiting DTC ha coinvolto 51 Comunità Terapeutiche Residenziali in Italia, dal 2012 al 2022, in una ricerca-azione sulle buone pratiche sviluppate con una metodologia democratica e dal basso, definita “Accreditamento

Democratico Tra-pari". Essa organizza sia programmi di accreditamento di qualità scientifico-professionale, sia processi di miglioramento continuo di qualità per i servizi di salute mentale di comunità. Modello scientifico per la definizione degli standard di servizio e dei principi terapeutici è la "Democratic Therapeutic Community" britannica, alla quale il "Visiting DTC Project" si ispira e si riferisce organizzativamente. Verrà descritto il processo di identificazione, definizione e valutazione bottom-up delle buone pratiche in Comunità Terapeutiche che hanno come utenza elettiva pazienti adulti con grave sofferenza mentale a lungo termine. Inoltre, verrà presentato un clinical care pathway in cinque fasi di trattamento psicoterapeutico comunitario, che apre allo sviluppo di uno specifico PDTA per la stessa categoria di utenti. Questo percorso di cura è strutturato su Standard funzionali, organizzati in una mappa con i riferimenti a ciascuna tipologia di stakeholder, e specificamente articolati suddivisi nelle cinque fasi del suddetto lavoro terapeutico dedicato all'utente nel trattamento del DTC.

Risultati

Nel 10° ciclo annuale del programma per CT residenziali con utenti adulti dei servizi di salute mentale è stata individuata (per la seconda volta in dieci anni) una *Good Practice* di Comunità Terapeutica significativamente efficace, ma ancora nessuna *Best Practice*. La Procedura di Buona Pratica - PBP - dal titolo "Community Meeting Multifamiliare" è la Buona Pratica dell'anno 2022, così come lo è stata nel 2018; unica PBP ad oggi riconosciuta come *Good Practice* dal Programma ormai decennale dedicato alle CT. Dalla mappatura delle Procedure di Buona Pratica sviluppate dal Programma è inoltre venuta fuori un'immagine organizzativa e gestionale, molto dettagliata ma altrettanto complessa, delle CT italiane che si ispirano al modello inglese DTC. In particolare, la cooperazione con i servizi, le agenzie e le reti della comunità locale, così come un ambiente terapeutico interno basato sulla convivenza informale e sulla cooperazione tra i suoi membri, sono risultati, insieme alla cura delle relazioni familiari, le caratteristiche principali dell'esperienza DTC italiana nell'implementazione e nello sviluppo di questo modello di trattamento della grave patologia mentale.

Parole Chiave

Accreditamento tra pari, Qualità Gruppale Comunitaria, Buone Pratiche, Comunità Terapeutica Democratica, Psicoterapia di Comunità, Salute Mentale di Comunità, Grave Patologia Mentale

Abstract

Purpose

This paper presents results achieved by the first, and to date only, DTC quality improvement program developed in Italy, in the last ten years, named "Visiting DTC Project". "Visiting DTC Project" involved 51 Italian TCs, since 2012 until 2022, in an action-research on good practices developed through a democratic and bottom-up methodology. Project's methodology is the "Democratic Peer-to-peer Accreditation", a kind of professional scientific quality accreditation and continuous improvement process for community mental health services. Scientific model for definition of service standards and principles of treatment is the British "Democratic Therapeutic Community", which "Visiting DTC Project" is organizationally inspired by. Process of bottom-up identification, definition and evaluation of good practices of TCs for adult users with long

term severe mental disorders will be described. In addition, a five-phase clinical care pathway will be presented for the same user category, developed by "Visiting DTC Project" to comply with Italian NHS accreditation standards for Tcs.

Findings

In the 10th annual cycle of program for TC with adult users of mental health services a significantly effective Good Practice Procedure, with a good effectiveness, was identified (for the second time in 10 years), but still no Best Practice. Good Practice Procedure with title "Multi-family Community Meeting" is the Good Practice of the year 2022. No Best Practice has yet been identified. An integrated clinical care pathway for Adult DTCs Users in 5 phases is also presented. This care pathway organizes advanced standard of Community Group Quality in a map, to support description and planning of the five phases of user's clinical work in DTC treatment. Cooperation with local community services, organizations and networks, as well as a therapeutic environment based on informal coexistence and cooperation between TC members, are thus, together with care of family relationships, main characteristics of Italian experience of implementing and developing Italian DTC treatment model.

Keywords

Peer-to-peer Accreditation, Community Group Quality, Good Practices, Democratic Therapeutic Community, Community Psychotherapy, Mental Health Community Based, Severe and Persistent Mental Illness.

Introduzione

Negli ultimi 10 anni in Italia si registra una sempre maggiore attenzione verso dispositivi di cura e di presa in carico della Grave e Persistente Patologia Mentale organizzati in maniera innovativa secondo il modello della Salute Mentale di Comunità. Questa trasformazione comunitaria sta interessando retroattivamente anche i più "classici" servizi di tipo residenziale e abitativo, i quali stanno ricevendo un forte impulso al cambiamento grazie alla pressione esercitata su di essi, tanto dalla comunità scientifica, quanto dalla società civile. La riflessione e la percezione della necessità di tale cambiamento è stata anche rinforzata dalla crisi conseguente alla pandemia Covid-19. Istituzioni pubbliche, agenzie politiche, enti no-profit, organizzazioni professionali, società scientifiche e molti altri portatori di interesse si stanno interrogando sull'utilità e l'efficacia clinica dei Servizi Residenziali in generale e delle Comunità Terapeutiche in particolare, nonché sulle questioni etiche che tali servizi sollevano attraverso le loro pratiche di cura e di assistenza. Correlata a questo dibattito si è molto sviluppata una altrettanto intensa riflessione sulle pratiche connesse ai servizi domiciliari e di supporto all'abitare per le stesse tipologie di utenza dei servizi residenziali. Quindi confrontando i due servizi tra loro, ma contemporaneamente allargando il campo della ricerca sulla salute mentale di comunità alle pratiche di tutela ed esercizio dei diritti umani, come quelli alla salute e di cittadinanza, ed ai processi clinico-sociali definiti di neo-istituzionalizzazione.

Tale dibattito in sintesi ha evidenziato, tra le altre cose, una lunga transizione nelle politiche di istituzionalizzazione del trattamento della sofferenza mentale in Italia, che prende le mosse da un modello asilare rappresentato dal "manicomio", il quale una volta eliminato per legge dello Stato (cd. Legge

Basaglia), ha preso le forme del “*minicomio*” rappresentato dalle residenze sanitarie (alias Comunità Terapeutiche), le quali a loro volta in epoca di riduzione delle spese per l’assistenza sanitaria hanno preso la forma dei cd “*microcomi*”, cioè delle migliaia di appartamenti protetti per gli utenti dei Servizi di salute mentale, in cui spesso vengono perpetrate sciagurate politiche di isolamento sociale.

Nel 2012 l’Organizzazione Mondiale della Sanità è intervenuta a sostegno di tali riflessioni, sviluppano un apposito programma di qualità per i Servizi di salute mentale di comunità intitolato *QualityRights*, indirizzato alla valutazione di servizi e trattamenti centrati sulla persona, basati sui diritti umani e orientati al *recovery* (WHO, 2021a; 2021b). Tale programma fornisce una serie di pratiche tipo e dispositivi di valutazione anche dei servizi residenziali e domiciliari per la grave patologia mentale, i quali in esso vengono inquadrati dentro la tipologia di servizi di Sostegno Vitale (*Supported Living*), e valutati in base a standard etici che fanno riferimento alla Convenzione della Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità. I servizi di *Supported Living*, secondo il programma dell’OMS, sono destinati a persone con esigenze di salute mentale complesse e a lungo termine, che hanno bisogno di un supporto clinico-sociale specifico per vivere in modo indipendente, mantenendo un sufficiente livello di qualità della vita in condizioni altrettanto sufficientemente protette, poiché esse non hanno un alloggio personale a causa della loro condizione psicosociale o perché hanno bisogno di curarsi temporaneamente lontano dal proprio ambiente di residenza familiare.

La dimensione etica insita nella salute mentale di comunità è ritornata prepotentemente in primo piano anche grazie alla pandemia Covid-19, che ha fatto emergere vecchi e nuovi fantasmi di contenzione, confinamento ed isolamento sociale, legati soprattutto alla residenzialità psichiatrica, ma anche fantasmi di abbandono, solitudine e miseria legati ai servizi di sostegno all’abitare autonomo (Bruschetta, 2020). A tali fantasmi, in Italia si aggiungono tutte le difficoltà relative all’assistenza delle persone con grave patologia mentale autori di reato destinatarie di misure di sicurezza in servizi sanitari residenziali (Bruschetta, 2022). Dopo le esperienze spesso drammatiche del lockdown per la pandemia Covid-19, le strutture residenziali ed i trattamenti in Comunità Terapeutica hanno ricevuto una attenzione speciale da parte di tutte le agenzie interessate ai servizi di salute mentale, comprese le organizzazioni degli utenti e dei familiari, a causa della sempre maggiore evidenza che questo settore abbisogna di ancora molte risorse da investire per adeguare i servizi alle migliori pratiche di cura. Come già detto, le evidenze dell’OMS sulle migliori pratiche di cura in questo settore individuano le tre seguenti qualità: sono incentrate sulla persona, basate sui diritti umani e orientate al *recovery* (WHO, 2021b); tre qualità ancora rare nelle CT italiane.

In particolare, le cosiddette Comunità Terapeutiche, si stanno sforzando di sviluppare nuove forme di cura e nuovi trattamenti di qualità, attraverso la partecipazione a programmi di ricerca di efficacia e di accreditamento di qualità scientifico-professionale, pur ritrovandosi spesso ad affrontare sostanziali limitazioni delle risorse e ad operare all’interno di quadri legali e normativi obsoleti. Il modello professionale delle Comunità terapeutiche, almeno in Italia, sembra possa essere considerato ancora in mezzo al guado, tra una vecchia organizzazione assistenziale ed una nuova funzione di cura tutta da inventare. Ne emerge, almeno per il momento, una ancora radicata ed eccessiva dipendenza dai modelli biomedici e di business sanitario in cui gli obiettivi predominanti dell’assistenza sono la diagnosi, i farmaci e le procedure amministrative. L’intera gamma dei determinanti sociali che hanno un impatto sulla salute mentale delle persone è invece tutt’ora trascurata ed il suo studio spesso ostacolato; il che ostacola il progresso verso la piena realizzazione del nuovo approccio alla cura proposto dall’OMS, incentrato sulla persona, basato sui

diritti umani e orientato al *recovery*.

Per supportare le CT nei loro sforzi di allineare i trattamenti erogati con i diritti umani e gli standard scientifici più evoluti, anche in Italia, come in altri paesi prima, sono stati sviluppati programmi di miglioramento continuo di qualità basati su processi di ricerca-intervento e di accreditamento tra pari, con l'obiettivo di coinvolgere tutte le tipologie di stakeholder dei Servizi di salute mentale di comunità in questo percorso di trasformazione che è sia clinico-professionale che politico-culturale. In particolare nel Regno Unito ad inizio del nuovo secolo ed in Italia esattamente 10 anni dopo, si sono sviluppati programmi di accreditamento basati sul modello scientifico-metodologico definito "Democratic Therapeutic Community" o DTC: un modello di trattamento della grave patologia mentale che si è sviluppato in Inghilterra grazie all'incrocio tra le tradizioni di ricerca della Psicoanalisi, della Psicoterapia Sistemica e Psicodinamica con quelle sui Servizi di salute mentale di comunità (Haigh e Tucker, 2004; Lees, Manning e Rawlings, 2004). La DTC pur essendo un modello che proviene da esperienze passate, anche di molti decenni (tradizionalmente la sua nascita è collocata durante la seconda guerra mondiale, con le famose esperienze nell'ospedale militare di Northfield), per la sua qualità etica intrinseca e per il solido impianto scientifico, si è dimostrata un riferimento euristico fondamentale allo sviluppo dei nuovi approcci di cura basati sulla salute mentale di comunità.

Questi programmi di networking ed accreditamento di qualità DTC forniscono modelli concreti ed esempi reali di trattamenti DTC, fondati sull'idea che, in salute mentale, i diritti umani e l'efficacia terapeutica non si escludono a vicenda, e che anzi nelle Comunità Terapeutiche Democratiche si rinforzano reciprocamente per la realizzazione di una efficace Psicoterapia di Comunità, creando inoltre una speciale rete di sostegno sociale che permette di fare evolvere in senso democratico la stessa comunità locale cui appartiene la CT. C'è quindi la ragionevole speranza che i prossimi anni possano portare allo sviluppo di buone pratiche di CT basate sulle evidenze e ad altre procedure di qualità per diverse e specifiche tipologie di utenza, e magari contestualmente a linee guida di salute mentale di comunità sui collegamenti necessari tra le CT ed i settori dell'abitare, dell'istruzione, del lavoro e della protezione sociale. Diventa così possibile prevedere contestualmente anche lo sviluppo dei primi percorsi individuali diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), certificati attraverso una modellizzazione di standard di servizio che promuovano trattamenti terapeutici, come richiesto dall'OMS, incentrati sulla persona, orientati al *recovery* e basati sui diritti umani.

Nel settore dei servizi residenziali per la grave patologia mentale sembra già emergere dai risultati di questi primi programmi, che il modello scientifico-metodologico di trattamento DTC sia il più promettente tra i servizi di *supported living* per la salute mentale di comunità, così come classificati dal programma *QualityRights* dell'OMS (2021b). Evidenze di efficacia di alta qualità da studi controllati randomizzati (Pearce et al., 2017), manuali che descrivono pratiche di successo e stabiliscono le teorie sottostanti (Pearce e Haigh, 2017) e percorsi di training specifici che forniscono una base di tecniche e teorie per il funzionamento di ambienti abilitanti e terapeutici (Pearce e Dale, 2018), sono già stati ottenuti per le DTC britanniche. Mentre in Italia questo sviluppo scientifico-professionale è ancora soltanto alla fase embrionale, malgrado l'esempio inglese indichi chiaramente la strada da seguire ed incoraggi tutti gli stakeholder ad intraprenderla con impegno ed ottimismo.

Questo contributo vuole presentare i risultati raggiunti dal primo, e ad oggi unico, programma di accreditamento e miglioramento continuo di qualità basato sul modello scientifico-professionale DTC

sviluppato in Italia e denominato "Visiting DTC Project", analizzando in particolare i suoi primi dieci anni di vita. Nello specifico verrà descritto il processo di identificazione, definizione e valutazione botto-up delle buone pratiche delle CT per utenti adulti con disturbi mentali gravi e a lungo termine (Bruschetta, 2021). Inoltre, verrà presentato un percorso di trattamento psicoterapeutico di comunità organizzato in cinque fasi per la stessa categoria di utenti, sviluppato anch'esso dal "Visiting DTC Project" per rispettare gli standard di accreditamento del Servizio Sanitario Nazionale per i trattamenti residenziali ed i principi del modello scientifico-metodologico DTC. "Visiting DTC Project" è un'organizzazione senza scopo di lucro i cui membri sono persone, organizzazioni e stakeholder in generale dei servizi di salute mentale di comunità.

Background

La qualità delle CT italiane

Le Comunità Terapeutiche in Italia sono state tradizionalmente indirizzate al trattamento di gravi disturbi mentali e di dipendenze patologiche altrettanto gravi come le tossicodipendenze o successivamente i disturbi del comportamento alimentare.

Le CT per utenti adulti dei servizi di salute mentale, invece, sono sempre rimaste sotto il controllo del Servizio Sanitario Nazionale; il che però ne ha fortemente vincolato il funzionamento e lo sviluppo attraverso normative spesso tanto severe, quanto prettamente finalizzate a processi amministrativi. La cultura istituzionale del SSN ha gradualmente finito per assegnare alla CT per la salute mentale la funzione sociale molto stigmatizzante di struttura sanitaria residenziali restrittiva a lungo termine per utenti adulti affetti da gravi disturbi mentali. Nella rappresentanza collettiva della società italiana, le CT sono così venute a sostituire i manicomi e gli ospedali psichiatrici dopo che questi erano stati chiusi dalla cosiddetta riforma Basaglia del 1978 (Barbui, Papola e Saraceno, 2018).

Il SSN ha prescritto alle CT ed ai loro enti gestori un doppio livello di accreditamento qualità, uno istituzionale basato su standard strutturali ed organizzativi sviluppati da un livello amministrativo politico ministeriale e regionale e l'altro essenzialmente commerciale basato su sistemi di controllo della qualità secondo gli standard internazionali ISO 9001. Mentre l'efficacia clinica delle CT e la validità scientifica dei loro trattamenti non è mai stata oggetto di programmi di valutazione e accreditamento sostenuti da istituzioni o amministrazioni pubbliche. Così, le CT sono state sempre più relegate al ruolo di contenitori di umanità sofferente esclusa dalla società, seguendo implicitamente e spesso inconsapevolmente, anche per i loro stessi operatori, il vecchio modello asilare, fino a vedersi attribuite l'appellativo di "minicomi", in contrasto con i precedenti grandi "manicomi".

Il movimento antipsichiatrico italiano e le nascenti organizzazioni di utenti e famiglie, così come le società scientifiche che si riconoscevano nel modello della salute mentale di comunità e poi molti degli Enti erogatori di servizi legati o collegati alla SM, hanno però progressivamente acquisito una sempre maggiore presenza critica nella società italiana, riuscendo a mettere in discussione il suddetto ruolo istituzionale assegnato alle CT dal SSN. Nell'ultimo decennio infine è diventata evidente la necessità di tutti gli stakeholder delle CT di disporre di un quadro normativo e scientifico che rispetti i diritti umani degli utenti e

garantisca l'efficacia clinica del trattamento, anche per giustificare l'elevata spesa sociale in questo specifico settore della salute mentale (Sashidharan, Mezzina e Puras, 2019).

In questo contesto è nata la proposta del "Visiting DTC Project", il quale riunisce le CT e le relative organizzazioni erogatrici o Enti gestori più sensibili alla questione democratica nella salute mentale italiana. Il "Progetto Visiting DTC", sin dalla sua fondazione, ha infatti amministrato anche un programma di formazione, sviluppo, ricerca e accreditamento per Gruppi Appartamento (GA) come trattamento alternativo a quello offerto dalle CT italiane; spesso più chiuse e coercitive dei GA. Il GA è una tipica struttura italiana che rientra nel modello scientifico-metodologico della DTC per gravi disturbi mentali, sviluppato per offrire agli utenti dei servizi di salute mentale un trattamento sociale più inclusivo, esplicitamente indirizzato al riconoscimento del Diritto al Lavoro, basato sull'abitare assistito ed il collocamento lavorativo supportato, specie in comunità locali che versano in condizioni di crisi economica e politica (Bruschetta e Barone, 2016). Inoltre da ormai quattro anni è anche attivo, come già detto, un analogo programma di accreditamento di qualità per Servizi di Abitare Supportato (Supported Housing – SH) per la grave patologia mentale, al cui interno sono definiti due modelli di servizio, liberamente integrabili tra di loro, rappresentati dagli Appartamenti Protetti e dai Servizi Domiciliari.

I risultati della ricerca presentati in questo lavoro sono rivolti alla suddetta ed originaria tipologica di CT residenziale, dove gli utenti adulti con gravi disturbi mentali vivono e si curano all'interno dell'ambiente comunitario tutti i giorni della settimana per alcuni anni, seguendo però lo specifico modello di trattamento scientifico-metodologico definito DTC, così come è internazionalmente riconosciuto, seppur in una sua specifica variante evoluta e adattata alla cultura italiana. Questo tipo di CT nel "Progetto Visiting DTC" è identificato con l'acronimo CT-RA e classificata come servizio di tipo n.1: "Comunità Terapeutiche Residenziali per utenti Adulti".

Di seguito (tabella I) è indicato l'insieme di tutte le tipologie di servizi e strutture per utenti con gravi disturbi mentali, accreditati dal "Progetto Visiting DTC" con relativo profilo di accreditamento istituzionale presso il SSN ove previsto (Ministero della Salute del Governo Italiano, 2013). Per ciascuno di essi il "Progetto Visiting DTC" ha elaborato e, ove possibile, già attivato uno specifico programma di accreditamento di qualità. La tipologia n.1 (CT-RA), prevede specificamente una numerosità dell'utenza compresa tra i 6 ed i 20 pazienti, ed una attività del servizio a ciclo continuativo, cioè tutti i giorni della settimana comprese le ore notturne. Queste caratteristiche appartengono a tre tipologie di SRP normate dal ministero della Salute: SRP1, SRP2 e SRP3.1.

Tabella I

Standard DTC e SH per Adulti e Minori con grave patologia mentale			Tipologie Servizi e Categorie Standard Strutturali dell'Accreditamento nel Progetto Visiting DTC		Tipologie Strutture Residenziali Psichiatriche del Ministero della Salute
Tipologie DTC	Per Utenti Adulti	CT	1	CT-RA: Comunità Terapeutica Residenziale n. 6 - 20 utenti – Servizio: Giorni 7/7; Ore 24;	SRP1; SRP2; SRP3.1;
			2	CT-DFA: Comunità Terapeutica Diffusa n. 6 - 10 utenti – Servizio: Giorni 7/7; Ore 24;	SRP3.1;
			3	CT-DIA: Comunità Terapeutica Diurna n. 6 - 15 utenti – Servizio: Giorni 2-7/7; Ore 5-12;	SRP3.2; SRP3.3;
		GA	4	GA2: Due Gruppi Appartamenti Integrati n. 6 - 10 utenti – Servizio: Giorni 5-6/7; Ore 12;	SRP3.2;
			5	GA1: Un Gruppo Appartamento n. 3 - 5 utenti – Servizio: Giorni 5-6/7; Ore 5-12;	SRP3.2; SRP3.3;
			6	GA-C: Gruppo Appartamento di Coppia n. 2 utenti – Servizio: Giorni 5-6/7; Ore 3-6;	SRP3.3;
	Per Utenti Minori	CT	7	CT-RM: Comunità Terapeutica per Minori n. 5 - 10 utenti – Servizio: Giorni 7/7; Ore 24;	
			8	CT-MF: Comunità Terapeutica Madri-Bambini n. 4 - 6 madri – Servizio: Giorni 7/7; Ore 24;	SRP1; SRP2; SRP3.1;
			9	CT-DM: Comunità Terapeutica Diurna per Minori n. 6 - 12 utenti – Servizio: Giorni 2-7/7; Ore 5-12;	
		GA	10	GA-M: Gruppo Appartamento per Minori n. 3 - 5 utenti – Servizio: Giorni 5-6/7; Ore 5-12;	
			11	GA-F: Gruppo Appartamento Familiare 1 nucleo familiare con almeno 1 genitore + figli Servizio: Giorni 5-6/7; Ore 5-12;	SRP3.2; SRP3.3;
Tipologie SH	Per Utenti Adulti	12	SH-AS: Appartamenti Supportati n. 1 - 5 utenti x app. – Servizio: Giorni 1-6/7; Ore 1-6;		
		13	SH-SD: Sostegno Domiciliare n. 1 - 2 utenti + familiari x app. – Servizio: Giorni 1-6/7;		

Nosografia della grave sofferenza mentale

I riferimenti scientifici all'utenza elettiva delle CT cui in Italia il SSN ha rivolto l'assistenza e le prestazioni in esse effettuate, riguardano essenzialmente il concetto nosografico di grave patologia mentale. Il "Progetto Visiting DTC", a questo riguardo, ha assunto esplicitamente come riferimento nosografico ed epidemiologico quello corrispettivamente sviluppato dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (2001), e definito "Severe and Persistent Mental Illness". Tale concetto esprime una ampia definizione diagnostica intesa come una condizione psicopatologica complessa che ha le seguenti caratteristiche (così come emergenti dai dati ricavati anche dalla governance clinica dei servizi dedicati al trattamento corrispondente).

La diagnosi di grave e persistente patologia mentale è una condizione clinica che:

1. può portare alla morte o ad una riduzione significativa della qualità e dell'aspettativa di vita;
2. determina un Funzionamento (VGF) inferiore a 50% di quello relativo allo stato di buona salute;
3. necessita una presa in carico da parte di servizi di salute mentale di almeno 2 anni.

La letteratura internazionale classifica abitualmente la condizione di grave e persistente patologia mentale nei seguenti sotto-inquadramenti diagnostico-nosografici.

La diagnosi di grave e persistente patologia mentale è una condizione clinica che raggruppa i tre seguenti cluster diagnostici:

1. Disturbi Psicotici,
2. Gravi Disturbi di Personalità,
3. Gravi Disturbi dell'Umore,

ciascuno in possibile comorbidità con almeno uno degli altri due e/o con le diverse tipologie di Dipendenze Patologiche e/o Disabilità intellettive.

Ma è la stessa OMS con il programma *QualityRights* a mettere in evidenza lo iato esistente tra la diagnosi di una grave patologia mentale la una condizione soggettiva di grave sofferenza mentale, invitando a non sovrapporre la valutazione di una grave condizione di disagio, disturbo o sofferenza mentale con una condizione medica ancorché grave di malattia mentale o ancora con una valutazione funzionale di disabilità. In quanto termine medico, la "diagnosi di salute mentale", può quindi essere usata dal nostro Progetto soltanto per descrivere modelli di sintomatologia affettiva, comportamentale o cognitiva, che possono essere correlati all'esperienza della sofferenza mentale, spesso anche a causa del fatto che sono difficili da comprendere da parte di chi li vive. Ma da tale diagnosi non può derivare direttamente alcuna valutazione standard di buona o cattiva salute mentale e meno che mai una indicazione farmacoterapeutica specifica in funzione di "qualcosa che non va" nel cervello.

Il Programma di Accreditamento di Qualità per Comunità Terapeutiche Residenziali per Adulti (CT-AR)

Il Programma di Accreditamento di Qualità per Comunità Terapeutiche Residenziali per Adulti è uno dei primi programmi di accreditamento sviluppati ed attivati dal "Progetto Visiting DTC". Sin dal suo primo anno di avvio e fino al compimento del suo decimo anno di lavoro, il Progetto ha coinvolto in questo Programma di Accreditamento più di 50 CT per utenti adulti, provenienti da 9 regioni italiane (Tabella II). Precisamente, dal 1° Ciclo Annuale del Progetto, 2012-2013, al 10° Ciclo Annuale, 2021-22, un totale di n. 51 CT residenziali per utenti adulti (tipologia n. 1) hanno partecipato, con vari livelli di membership, a tutte le attività formazione, accreditamento, valutazione e miglioramento continuo di qualità, che compongono il piano complessivo di ricerca-azione sulle buone pratiche di CT presentate in questo articolo. Tali buone pratiche di CT sono sviluppate attraverso una metodologia democratica specifica, la valutazione tra pari e la definizione bottom-up di benchmark. La metodologia di ricerca-azione democratica sviluppata dal Progetto stesso è definita "Democratic Peer-to-peer Accreditation", una modello di accreditamento di qualità scientifico-professionale e contemporaneamente un processo di miglioramento continuo di qualità per i servizi di salute mentale di comunità, basato su valutazione e ricerca empirica, ma anche su formazione ed interventi sociali. Modello scientifico-metodologico per la definizione degli obiettivi e dei processi terapeutici oggetto di valutazione è la nota "Democratic Therapeutic Community" britannica, alla quale il "Progetto Visiting DTC" si ispira anche organizzativamente, seppur con il necessario adattamento alla cultura italiana, così come emergente dalla definizione bottom-up dei benchmark e dei conseguenti standard di servizio.

Tabella II

N.	Regioni	N. CT partecipanti nei primi 10 anni
1	Toscana	20
2	Sicilia	14
3	Piemonte	8
4	Basilicata	4
5	Friuli Venezia Giulia	1
6	Sardegna	1
7	Lazio	1
8	Abruzzo	1
9	Lombardia	1
	Totale	51

Il "Progetto Visiting DTC" sta sviluppando questo specifico modello di "Democratic Therapeutic Community" italiana, attraverso la costruzione di Standard di Servizio che sostengono la costruzione di Percorsi di Cura altrettanto standardizzati (PDTA), basati su self e peer-review e consensus conference sia interne all'organizzazione che aperte al mondo scientifico e professionale italiano ed internazionale. Lo staff di conduzione del Progetto è composto da psicoterapeuti di formazione psicodinamica, esperti in dinamiche di gruppo e specialisti di CT. Tale staff guida i processi che portano alla definizione degli standard di servizio, assumendo il compito di garantire la regolarità delle procedure di valutazione e analisi dei dati, sia quantitativi che qualitativi, e la conformità dei documenti di qualità prodotti con il modello scientifico-metodologico della "Democratic Therapeutic Community".

Il Progetto, per questo come per altri Programmi si ispira ai programmi di qualità inglesi amministrati dall'agenzia di Certificazione di Qualità del Royal College of Psychiatrists per il Consorzio delle Comunità Terapeutiche Inglesi, specificamente il "Community of Communities" e l'"Enabling Environments". Esso si è avvalso, sin dalla sua fondazione, di una coppia di supervisori inglesi, scientificamente legati ai suddetti programmi inglesi e alla ricerca empirica sul modello DTC (Haigh e Tucker, 2004; Haigh, Harrison, Johnson, Paget e Williams, 2012). La supervisione scientifica del Progetto ha supportato il controllo metodologico e lo sviluppo operativo svolto da uno staff direttivo e di coordinamento composto da vari referenti scientifici, politici e professionali, tra i quali vi sono quelli dell'Università di Palermo per la definizione dei modelli di ricerca.

Il "Progetto Visiting DTC" valuta e accredita uno specifico aspetto della qualità metodologico-clinica delle CT, conforme al modello teorico DTC ed al setting della Psicoterapia di Comunità, consensualmente riconosciuto dalla comunità scientifica e politica impegnata nel campo della salute mentale di comunità, come "Qualità Gruppale Comunitaria" (Community Group Quality). La valutazione di tale dimensione qualitativa è supportata da una metodologia di raccolta dati basata su audit di servizio (di tipo civico-clinico), organizzati in forma di visite reciproche delle strutture da parte dei loro rappresentanti, costituiti dalle quattro tipologie più importanti di stakeholder dei Servizi di SM: Utenti, Familiari, Operatori e Amministratori.

Il disegno di ricerca

La ricerca empirica sulle Buone Pratiche DTC nelle Comunità Terapeutiche italiane

La ricerca è stata svolta sulle n. 51 CT che, nei primi 10 anni di attività del "Progetto Visiting DTC", hanno partecipato al Programma di accreditamento per comunità terapeutiche di tipo residenziale per utenti adulti dei servizi di salute mentale di comunità (tipologia n.1).

Di queste n. 51 CT, soltanto metà o poco meno, n. 24 CT, hanno raggiunto i livelli di qualità sufficienti ad aver riconosciuta almeno una Procedura di Buona Pratica (PBP) sviluppata dal basso e conforme al modello DTC, seguendo cioè lo specifico processo di individuazione, selezione, valutazione e standardizzazione delle buone pratiche all'interno dell'organizzazione di lavoro della CT. Lo sviluppo di una Procedura di Buona Pratica da parte di una CT è il risultato della partecipazione ad un almeno un Ciclo Annuale di lavoro svolto nel Programma, durante il quale essa collabora con altre due CT dello stesso Programma (in una cosiddetta Terna di Visiting, intesa come meta-comunità annuale di tre CT), guidata da uno Specialista Psicoterapeuta del Progetto consulente della Terna e da un Facilitatore interno alla singola CT (un membro del suo staff) formato con un training triennale sulla valutazione e l'accREDITamento peer-to-peer delle CT. La fase conclusiva di partecipazione al suddetto Ciclo Annuale, prevede infine che la CT sottoponga la PBP in fase di sviluppo all'approvazione dell'assemblea di tutte le CT del Programma, definita Forum e che si svolge a cadenza Annuale. Ogni CT, dopo essersi sottoposta a un processo di valutazione qualitativa e quantitativa peer-to-peer sui propri punti di forza e di debolezza (basato sulle visite reciproche), ottiene infatti dalla propria Terna di appartenenza annuale (meta-comunità di tre CT), il consenso a sviluppare una PBP su uno dei propri punti di forza e contestualmente ad implementare un'altra PBP su uno dei suoi punti di debolezze. Successivamente, la CT presenta la PBP sviluppata allo staff di conduzione del Programma, affinché gli psicoterapeuti membri la valutino, la approvino ed eventualmente la adattino in conformità al modello scientifico-metodologico DTC, per poi concludere l'iter, come già detto al Forum Annuale conclusivo del programma, presentandola all'Assemblea per la discussione e l'approvazione finale.

Nella tabella III sono indicate le 10 caratteristiche metodologiche ed empiriche che definiscono il modello di Procedura di Buona Pratica per CT della salute mentale, utilizzata nel Progetto Visiting DTC.

N.10 caratteristiche e qualità empiriche delle Procedure di Buona Pratica DTC (PBP) sviluppate dal "Progetto Visiting DTC" con la metodologia della "Democratic Peer-to-peer Accreditation"	
1	Rappresentano nel loro complesso delle pratiche di lavoro delle Comunità Terapeutiche coerenti con il Modello Teorico Metodologico DTC (sono differenziate per singola tipologia di CT).
2	Elencano nei dettagli e secondo una scansione operativa la successione di azioni programmate, eventi previsti e risultati attesi, secondo il modello di standardizzazione del sistema di qualità ISO.
3	Ciascuna di esse è collegata una specifica tipologia di attività prevista per le CT, indicata da uno specifico item dei due Questionari sulle Aree di attività delle CT utilizzati per definire e valutare le attività di qualità orientate alla cura di tipo residenziale (ViVaCom-DTC) e quelle orientate al recovery in salute mentale (DTCRO). N.10 Aree di Qualità indagate dal Questionario ViVaCom 3° ed. DTC (tot. 81 item) - N.9 Aree di Qualità indagate dal Questionario DTCRO 2° ed. (tot. 45 item), ciascuno dei quali declinabile fino a 4 forme diverse per tipologia di valutatore: Amministratore, Operatore, Utente e Familiare.
4	Ciascuna presenta una specifica parca di lavoro che mette in evidenza un singolo aspetto dell'item cui è collegata (che indica l'attività prevista più in generale) e che trova indicazione nel Titolo.
5	Sono prodotte sulla base di un Item valutato empiricamente come Punto di Eccellenza di una CT all'interno della propria Terna di Visiting annuale di CT, con il consenso della stessa Terna il Controllo dello Staff di conduzione del Progetto e l'approvazione dell'Assemblea in uno dei Forum Annuali del Programma. Esse si basano quindi sulle migliori conformità al modello riscontrate direttamente tra le pratiche di ogni singola CT.
6	Una volta approvata la PBP diviene vincolante per tutte le altre PBP da sviluppare sullo stesso item.
7	In ogni Ciclo Annuale del Programma viene valutato il Livello di Applicazione all'interno di ogni CT per tutte le PBP che ciascuna di queste applicate, e contestualmente viene valutato il Livello di Efficacia raggiunto da ogni CT su tutti gli item dei Questionari su cui sono sviluppate le PBP
8	Ogni CT riceve ogni anno dalla specifica Terna di Visiting cui partecipa, il consenso ad applicare, nel Ciclo Annuale successivo, una specifica PBP corrispondente ad un singolo item risultato come Punto di Debolezza.
9	In ogni Ciclo Annuale viene valutato empiricamente il Livello di Efficacia ottenuto dalle CT misurato sia per il singolo item che per l'Area di Qualità corrispondente a ciascuna delle PBP applicate.
10	Ciascuna PBP rappresenta una delle attività possibili previste da un singolo standard di servizio che compone la mappa degli standard funzionali previsti per la realizzazione del percorso di cura specifico in 5 fasi del Trattamento Psicoterapeutico DTC.

Nei primi dieci cicli annuali del Programma, dal 2012-13 fino al 2021-2022, sono state sviluppate n. 48 PBP con queste caratteristiche; n. 38 delle quali, da quando sono state approvate, sono state applicate per almeno un ciclo annuale in almeno una CT. Le CT che invece hanno applicato almeno un PBP per almeno un anno sono state n. 26, e ognuna di queste, durante la sua partecipazione al Programma in questi dieci anni, ha applicato in media quasi tre Procedure e mezzo (n. 3,34 PBP).

Le PBP che sono state applicate per un numero maggiore di anni in almeno una stessa CT fino al 2022 (decimo ciclo annuale), sono state applicate per un massimo di 6 anni e sono n.3. (vedi tabelle IV e XIX). Tutte e tre le seguenti PBP sono applicate dalle stesse 2 CT per sei anni consecutivamente; ciascuna di queste 2 CT ha anche un diverso numero di altre PBP che applica per un numero di anni inferiore.

Tabella IV

N	Codice	Related Item Code	PBP Title	Maximum years of application in the same TC	Number of Applicant TCs for maximum years of application
1	PBP CT1-T	V 3.5	Construction of a totally independent living space to accommodate Users in transit	6 years	2 TCs
2	PBP CT2-T	V 2.4	Support for expression and development of activities of personal interest of User	6 years	2 TCs
3	PBP CT3-T	V 5.5	Promoting participation of the users' family members in CT treatment	6 years	2 TCs

Sono state individuate anche le PBP che sono state applicate per almeno un anno dal numero maggiore di CT. Esse sono risultate essere n.2 e sono state applicate da un massimo di n.9 CT (vedi tabelle V e XIX). Entrambe sono state applicate dal quarto Ciclo Annuale del Programma (CA 2015-2016) e sono rimaste in applicazione in almeno una CT fino al decimo Ciclo Annuale, cioè per 7 anni. Una di esse è rimasta in applicazione nella stessa CT per quattro anni consecutivamente. L'altra è stata applicata consecutivamente nella stessa CT per un massimo di tre anni, e sono risultate esse tre le CT che la hanno applicata per i tre anni consecutivamente.

Tabella V

N	Codice	Related Item Code	PBP Title	Maximum number of Applicant TCs	Maximum years of application in different TCs	Maximum years of application in the same TC
1	PBP CT2-S	V 5.6	Multi-family Community Meeting	9 TCs	7 years	4 years (n.1 TC)
2	PBP CT3-S	V 4.19	Community Meeting on violation of TC rules and boundaries	9 TCs	7 years	3 years (n.3 TCs)

La ricerca prevede anche che, in ogni ciclo annuale di applicazione di ogni PBP in ogni CT, venga valutato il livello di applicazione delle PBP, con una scala che va da 0% al 100%. Il livello medio di applicazione di tutte e n. 38 PBP differenziate per numero di anni di applicazione è il seguente.

Tabella VI

N. anni di applicazione	Livello medio di applicazione	N. PBP valutate per anno di applicazione	N. CT che applicano almeno una stessa PBP per gli n. anni di applicazione
0	0,00 %	n.10	
1	45,86 %	n.38	n.26
2	62,63 %	n.27	n.21
3	66,00 %	n.20	n.7
4	73,42%	n.14	n.5
5	82,50 %	n.5	n.4
6	70,33 %	n.3	n.2
Media (1-6 anni)	66,87 %		

La tabella VI mette in evidenza come varia il livello di applicazione delle PBP con il susseguirsi nei loro anni di applicazione. Si è evidenziato come già dal loro secondo anno di applicazione in media tutte le PBP che

sono applicate nella stessa CT da più di un anno, superano un livello di applicazione medio del 62%. Questo livello cresce con il crescere degli anni di applicazione, fino al quinto anno di applicazione, mentre dal sesto anno di applicazione il livello di applicazione decresce, pur rimanendo comunque sopra il 70%.

Naturalmente con il crescere degli anni di applicazione si riduce il numero di PBP valutate ed il numero di CT in cui esse sono applicate. Per cui, come già sopra riportato ci sono solo tre PBP applicate per sei anni di seguito nella stessa CT e ciò avviene soltanto in due CT. Questa misura è quindi meno attendibile di quelle precedenti che riguardano un numero progressivamente maggiore di PBP valutate in un numero altrettanto progressivamente maggiore di CT. Resta comunque importante riconoscere come la maggior parte delle PBP in media aumentano il loro livello di applicazione nella CT in cui vengono applicate per un numero progressivo di anni. Questo vuol dire che le CT migliorano l'adeguamento agli standard indicati nelle PBP che adottano, con il susseguirsi degli anni di applicazione.

Vi è in ciò un elemento di progressivo miglioramento che corre parallelo al migliore adeguamento della CT agli standard ed alle azioni indicate nelle PBP. Questo dimostra che le PBP non possono facilmente essere applicate totalmente sin dall'inizio, ma devono essere progressivamente integrate nelle prassi lavorative della CT, e per far ciò è necessario del tempo. Questo è indice di qualità e solidità delle PBP, oltre che di una buona conformità al modello DTC, la cui applicazione infatti non è mai facile, né immediata, né scontata, ma presuppone un processo di apprendimento e trasformazione delle CT.

Le Comunità Terapeutiche

Le n. 24 CT che nei primi 10 Cicli Annuali del Progetto hanno sviluppato le n. 38 PBP applicate per almeno un ciclo annuale in almeno una CT, così distribuite nelle regioni italiane.

Tabella VII

N.	Regioni	N. CT che hanno sviluppato PBP
1	Sicilia	8
2	Piemonte	6
3	Toscana	4
4	Basilicata	4
5	Sardegna	1
6	Friuli Venezia Giulia	1
	Totale	24

Tabella VIII

N.	Regioni	N. CT che hanno applicato PBP
1	Sicilia	7
2	Piemonte	7
3	Toscana	6
4	Basilicata	4
5	Sardegna	1
6	Friuli Venezia Giulia	1
	Totale	26

Tutte le n. 51 CT, partecipanti al Programma di Accreditamento di Qualità per Comunità Terapeutiche Residenziali per utenti Adulti del "Progetto Visiting DTC", sono state valutate rispetto al possesso di Standard di qualità strutturale, organizzativa e funzionale che determinano il livello di qualità minima raggiunto per la definizione della loro tipologia di membership. (Vedi tabella IIIII)

Il Livello A1 è il livello minimo di partecipazione al Programma dal quale la CT deve partire per aver riconosciuta ed approvata una PBP.

Il Livello A2 raggiunto dalla CT permette di applicare le PBP, sia quelle sviluppate sui propri processi di lavoro più efficaci e maggiormente conformi al modello DTC (definiti Punti di Eccellenza), sia quelle sviluppate da altre CT ed implementate sui propri Punti di Debolezza (cioè i propri processi di lavoro meno efficaci e non-conformi al modello DTC) di base (Tabella VIII).

Il Livello A3 accredita il livello di base di applicazione delle PBP, indicato nella misura del 50% e riconosce alla CT anche un Accreditamento di Qualità di Base. Può essere raggiunto dalle CT non prima del loro quarto Ciclo Annuale di partecipazione al Programma.

Il Livello A4 accredita il livello intermedio di applicazione delle PBP, indicato nella misura del 70%, o il livello avanzato indicato al 90%, e riconosce alla CT anche un superiore Accreditamento di Qualità Gruppale Comunitaria, che rappresenta il più alto livello di qualità Accreditata dal Progetto Visiting DTC, che può essere poi mantenuta attraverso le fasi programmate di rinnovo. Anch'esso non può essere raggiunto dalle CT prima del loro quarto Ciclo Annuale di partecipazione al Programma.

Il livello A5 ed il livello A6 rappresentano livello di qualità superiori (qualità piena e qualità referenziata) e non possono essere raggiunti dalle CT prima del loro quinto o sesto anno di partecipazione al Programma.

Le n. 51 CT sono così distribuite lungo i livelli di membership raggiunti al 10° ciclo annuale del Programma e così differenziate in base alla tipologia del loro Ente gestore: gestione pubblica, privata o in co-gestione. In particolare si evince come al 10° CA del Programma sono state registrate n.15 CT ad aver interrotto la loro partecipazione, in diversificati momenti del loro percorso e ritrovandosi a vari livelli di qualità; la maggior parte delle quali amministrata da un ente gestore privato.

Tabella IX

Livello	Tipologia di Membership	Numero di CT al 10° Ciclo Annuale del Programma	Gestione Pubblica SSN/Distr. Sanit.	Co-Gestione Pubblico/Privato Sociale	Gestione Privata Società o Cooperativa
A0	Interrupted	15	1	6	8
A1	Associate	18	0	17	1
A2	Developmental	4	0	4	0
A3	Basic	10	0	9	1
A4	Accreditation	2	0	1	1
A5	Full	2	0	2	0
A6	Reference	0	0	0	0
	Totale	51	1	39	11

Qui di seguito invece sono riportati di standard strutturali ed organizzativi delle CT indicati per il livello A3 e necessari al riconoscimento dell'Accreditamento di Qualità di Base. Al 10° CA sono n.14 le CT (tra le n.36 CT attivamente partecipanti al Programma) a possedere pienamente gli Standard Strutturali ed Organizzativi di Qualità di Base indicati di seguito.

Tabella X

STANDARD ORGANIZZATIVI DI QUALITA' DI BASE	
N. 7 STANDARD DIMENSIONE STRUTTURALE	
1	Gli utenti non sono più di 20 in comunità
2	Lo Staff copre le 24 h giornaliere di presenza in comunità
3	È disponibile una Sala Pranzo cui è possibile per tutti membri della comunità mangiare allo stesso tavolo
4	La comunità è una residenza di Civile Abitazione
5	Esiste almeno un Locale dedicato ad Ufficio Staff e/o Infermeria per gli Operatori della Comunità
6	La residenza è integrata nel tessuto urbano
7	Vi è assenza di Barriere Architettoniche nella Comunità
N. 7 STANDARD DIMENSIONE ORGANIZZATIVA	
1	All'interno dello Staff si differenzia un sottogruppo Equipe di Coordinamento
2	Almeno uno Psicoterapeuta fa parte Dell'Equipe di Coordinamento
3	La Cucina è organizzata in maniera comunitaria ed ha una dimensione domestica
4	Le Pulizie e l'Igiene sono organizzate e gestite comunitariamente
5	L'attività Terapeutica, Operativa e Vitale della comunità è basata sulla multi-gruppalità
6	La comunità prevede l'autorganizzazione da parte dei suoi membri
7	La comunità promuove l'inclusione sociale, educativa e lavorativa dei suoi utenti

Invece osservando tutte le CT che nei 10 Cicli Annuali hanno applicato almeno una PBP per almeno un CA, che sono appunto n. 26, si ricava che al momento della valutazione del livello di applicazione di queste, la numerosità media dei loro utenti è di n.11,47 e quella dei membri del loro staff è di n.16,26. Questo vuol dire che le n. 38 PBP applicate almeno per un CA da almeno una CT, ci permettono di registrare misurazioni di applicabilità e di efficacia rapportandole ad un modello di CT in cui la numerosità dell'utenza si colloca intorno alla dozzina. In tutte queste CT inoltre gli utenti ricevono un trattamento per la grave patologia mentale, attraverso un percorso di cura personalizzato, che viene contestualmente valutato dal Programma di Accreditamento rispetto alla sua conformità al modello scientifico-professionale DTC ed al

setting di Psicoterapia di Comunità. Tale percorso di cura è stato modellizzato all'interno del "Visiting DTC Project" come un percorso personalizzato in 5 fasi terapeutiche.

Le CT, attraverso la propria partecipazione al Programma, migliorano così il proprio livello di conformità a tali modelli scientifico professionali, implementando le PBP sulle proprie pratiche non-conformi, e standardizzando in forma di PBP le proprie pratiche più-conformi, da trasmettere poi alle altre CT. Partecipando così ad un processo di scambio delle migliori pratiche, che vede ciascuna CT ricevere dalle altre CT le buone pratiche per migliorare le proprie non-conformità, ed inviare alle altre CT le proprie buone pratiche affinché esse migliorino le loro non-conformità. La ricerca svolta dal "Progetto Visiting DTC" ha dimostrato che l'applicazione progressiva delle PBP supporta il miglioramento continuo della qualità e dell'efficacia del trattamento DTC. (Bruschetta, 2021).

Le misurazioni

I primi 10 Cicli Annuali di misurazione del livello di applicazione delle 38 PBP che sono state applicate dalle 26 CT oggetto finale di questa ricerca, per almeno un ciclo annuale, hanno portato ai seguenti risultati, già esposti precedentemente e qui ricapitolati.

Tabella XI

Numero medio di cicli annuali di partecipazione delle 26 CT al Programma	Numero medio di PBP applicate in totale da ciascuna delle 26 CT	Numero massimo di cicli annuali in cui è stata applicata una PBP	Numero massimo di CT in cui una stessa PBP è applicata	Livello medio di applicazione delle 38 PBP, in ogni singolo ciclo annuale
3,84 CA (min 3 – max 7)	3,46 PBP (min 1 – max 6)	n.6 CA	n.9 CT	66,87 %

È stata misurata anche la correlazione tra il livello di applicazione di tutte le 38 PBP e la valutazione di efficacia misurata nelle 26 CT sugli item corrispondenti alle PBP applicate da ciascuna nei vari anni di applicazione. Tale misurazione è stata effettuata per ogni ciclo annuale di applicazione delle PBP (dal 1° al 6° CA) ed è stato riscontrato un tendenziale aumento del punteggio di efficacia delle CT con l'aumentare del numero di anni di applicazione delle PBP. Tale aumento ha un coefficiente di correlazione lineare pari a r 0,46.

Tabella XII

Cicli Annuali di Applicazione	Livello di Applicazione delle n. 38 PBP	Punteggio di efficacia delle n. 26 CT
0	0,00 %	3,55
1	45,86 %	3,83
2	62,63 %	3,95
3	66,00 %	4,45
4	73,42 %	4,10
5	82,50 %	4,68
6	70,33 %	3,96
Correlazione lineare	r 0,46	

Un forte indice di correlazione positiva tra due variabili per definizione prevede un indice r maggiore di 0,70, mentre la perfetta correlazione positiva ha un indice r uguale a 1, una perfetta correlazione negativa ha un indice r uguale a -1, ed r uguale a 0 equivale ad una correlazione nulla. Da queste misurazioni è possibile osservare che i punteggi degli item dei questionari cui sono riferite le PBP, misurati in ogni ciclo annuale assieme ai livelli di applicazione delle stesse PBP, aumentano quasi sempre anche con il passare del tempo di applicazione, indicando un grado di efficacia crescente al crescere dei livelli di applicazione dei PBP, ma senza una forte linearità in questo trend. Il trend di crescita è debole, ma comunque la correlazione è positiva.

Misure di Effectiveness delle PBP

Per valutare l'efficacia delle PBP, vengono misurati i risultati delle loro applicazioni annuali. In particolare vengono misurate solo le applicazioni nelle TC che hanno implementato le PBP sui propri punti di non-conformità, non quelle nelle CT che hanno sviluppato le PBP sui propri punti di eccellenza nella conformità al modello DTC. Vengono misurati i risultati delle implementazioni di ciascuna PBP in ogni ciclo annuale. L'ipotesi di ricerca sull'efficacia è che il rating dell'Item del questionario correlato alla PBP applicata annualmente da una CT (che era stato misurato al tempo T_0 come un punto debole di non-conformità della stessa CT) dovrebbe migliorare con il passare del tempo ad ogni applicazione annuale, correlando con il livello di applicazione raggiunto, fino diventare un punto di forza della CT con una forte misura di efficacia ed un buon livello di conformità al modello DTC. Se questo miglioramento si verifica per tutte le CT che applicano una data PBP e se esso è correlato al suo livello di applicazione, allora la PBP viene valutata come significativamente efficace.

Per ogni ciclo annuale in cui si procede con tale valutazione è possibile individuare le migliori buone pratiche secondo il seguente criterio.

Tabella XIII

GOOD PRACTICE DEL CICLO ANNUALE
La PBP che produce, nelle CT che la applicano, il miglioramento maggiore (in termini di rating di efficacia) di tutte le altre, è definita Good Practice, per lo specifico Ciclo Annuale in cui è valutata.
BEST PRACTICE DEL CICLO ANNUALE:
La Good Practice il cui miglioramento delle valutazioni di efficacia ha anche una forte correlazione positiva (con un indice r maggiore di 0,70) con il livello di applicazione. In questo caso la PBP viene valutata come Best Practice dello stesso ciclo annuale in cui avviene la misurazione.

Questo processo di valutazione annuale di efficacia delle PBP prevede quattro fasi (vedi tabella XIV):

1. selezione delle PBP implementate dal maggior numero di CT per il maggior numero di cicli annuali
2. valutazione dei livelli di efficacia (misurati con i questionari corrispondenti delle PBP) in tutte le CT che applicano ciascuna delle PBP selezionate alla fase 1; e misurazione dei rating di efficacia (misurati agli item ed alle aree di qualità corrispondenti alle PBP) raggiunti dalle CT che applicano ciascuna PBP selezionata e dei livelli di applicazione della stessa PBP in tutte le CT.
3. misurazione livelli di applicazione di ciascuna delle PBP (individuate nella fase 1) in tutte le CT che la hanno implementata per tutti i Cicli Annuali di applicazione
4. valutazione dell'efficienza pratica di ciascuna PBP attraverso la misurazione di una correlazione positiva tra i livelli di applicazione nei vari cicli annuali e i rating di efficacia all'item ed all'area di qualità corrispondente, misurati annualmente; e selezione tra le PBP con indice di correlazione positiva, di quelle che migliorano più velocemente il rating di efficacia nelle varie CT con il ripetersi dei cicli annuali e che rispetto a tutte le altre PBP hanno livelli di applicazione significativamente più alti.

Tabella XIV

CRITERI DI INDIVIDUAZIONE DELLE PBP
FASE 1 SELEZIONE PBP - CRITERI DI SELEZIONE
PBP applicate da un numero minimo di Comunità Terapeutiche a) Vengono pre-selezionate le PBP implementata da un numero di CT pari ad almeno numero di CT che nell'attuale Ciclo Annuale risultano regolarmente Certificate con il Primo Accredimento di Qualità Grupale Comunitaria (Livello A4) meno 1 per ogni anno passato dall'Accreditamento dell'ultima CT ad averlo ricevuto in ordine di tempo.
PBP applicate per un numero minimo di Cicli Annuali b) Vengono selezionate tra le PBP che hanno superato il Criterio a), quelle applicate per un numero di anni pari ad almeno la metà della massima annualità di applicazione di una PBP (PBP che ha raggiunto il massimo numero di cicli annuali di applicazione) fino all'attuale Ciclo Annuale (arrotondando per difetto al numero intero),
FASE 2 VALUTAZIONE EFFICACIA PBP - CRITERI DI SELEZIONE
PBP applicate in Comunità Terapeutiche con Rating di Efficacia superiore c) Vengono selezionate tra le PBP individuate con i Criteri a) e b), quelle PBP che sono implementate in Comunità Terapeutiche che hanno raggiunto un numero totale di Aree di qualità con rating di Efficacia (misurate per tutti i Cicli Annuali in cui sono applicate) che risulti superiore al numero delle Aree di qualità con Rating di Efficacia, raggiunte in media negli stessi Cicli Annuali da tutte le CT del Programma che hanno implementato una qualsiasi PBP.
PBP applicate da Comunità Terapeutiche che raggiungono i Livelli di Efficacia minimi previsti d) Vengono selezionate tra le PBP che posseggono il Criterio c), quelle PBP che sono implementate in Comunità Terapeutiche che hanno raggiunto il livello di efficacia minimo previsto all'item del Questionario corrispondente alla PBP ed all'Area di Qualità cui appartiene l'item (Livello di Efficacia: punteggio tra 4 e 5 per il Questionario ViVaCom e punteggio tra 3 e 4 per il Questionario DTCRO)
FASE 3 VALUTAZIONE EFFICIENZA DELLE PBP - CRITERI DI SELEZIONE
PBP che hanno raggiunto Livelli di Applicazione superiore e) Vengono selezionate tra le PBP che posseggono il Criterio d), quelle PBP che hanno raggiunto nei in tutti Cicli Annuali e nelle Comunità Terapeutiche in cui sono state implementate, un Livello di Applicazione superiore al livello di applicazione media annuale di tutte le PBP in tutti i Cicli Annuali del Programma.
FASE 4 VALUTAZIONE EFFICIENZA - CRITERI DI INDIVIDUAZIONE
PBP che hanno la migliore correlazione positiva tra Rating di Efficacia e Livelli di Applicazione f) Vengono individuate tra le PBP che posseggono il criterio e) quelle che hanno una correlazione positiva tra i livelli di applicazione nei vari cicli annuali e i rating di efficacia all'item ed all'area di qualità corrispondente, misurati negli stessi cicli annuali, in tutte le CT che le applicano
PBP con la migliore progressione dei Rating di Efficacia e dei Livelli di Applicazione g) Viene individuata tra le PBP che posseggono il criterio f) quella che migliora più velocemente il rating di efficacia in tutte le CT che la hanno implementata con il ripetersi dei cicli annuali e che rispetto a tutte le altre PBP ha livelli di applicazione significativamente più alti, a parità di anno di implementazione.

Una esemplificazione dettagliata di tutte le analisi dei dati previste in ciascuna delle quattro fasi del processo di valutazione dell'efficacia delle PBP e di individuazione della Good Practice è stata presentata in Bruschetta (2021). Attraverso tale analisi è stato valutato l'8° Ciclo Annuale del Programma, che è stato il primo in cui dalla valutazione delle PBP ne è emersa una che ha avuto le caratteristiche della Good Practice dell'anno. Tale PBP, oltre ad essere risultata applicata dal numero sufficiente di CT - criterio a) - per un numero altrettanto sufficiente di anni all'interno del programma - criterio b) -, ha dimostrato di permettere a tutte le CT che la hanno adottata, implementandola sui propri punti di debolezza (con-conformità) di migliorarne il rating di efficacia (chiudendo le non-conformità) - criteri c), d) -, e di farlo progressivamente

con l'aumento del livello di applicazione della stessa - criterio e) -, con una correlazione lineare tra rating di efficacia e livello di applicazione migliore di tutte le altre PBP - criteri f),g).

Nell'8° Ciclo Annuale (2019-20) la PBP selezionata non ha però raggiunto le caratteristiche di Best Practice dell'anno perché i suoi indici di correlazione lineare tra Livelli di Applicazione e Livelli di Efficacia non sono stati sufficientemente forti, cioè sono stati con un r inferiore a 0,70.

Nel 9° Ciclo Annuale (2020-21) nessuna PBP ha raggiunto le caratteristiche della Good Practice dell'anno, né tanto meno della Best Practice dell'anno.

Nel 10° Ciclo Annuale (2021-22) è stata individuata una Good Practice, che si è rivelata essere la stessa PBP che è stata Good Practice dell'8° Ciclo Annuale, ma anche stavolta senza avere le caratteristiche della Best Practice. Tale PBP, indicata con il codice PBP CT2-S, è una delle PBP più applicate del Programma, come indicato nella tabella V.

Ecco ricapitolati i dati riguardanti l'applicazione di questa PBP (CT2-S: Community Meeting Multifamiliare) nei primi 10 Cicli Annuali del Programma, con i relativi standard di valutazione delle PBP nel 10° Ciclo Annuale.

La PBP CT2-S al 10° CA del Programma è stata applicata in totale da n.9 CT (di cui n.8 la hanno implementata sui propri punti di debolezza per chiudere una propria non-conformità), ciascuna delle quali è arrivata ad applicare nel suo ultimo Ciclo Annuale di partecipazione al Programma, una media di n. 5,60 PBP, mentre la media generale, di tutte e 26 le CT che hanno applicato almeno una PBP, è di 3,46 PBP applicate. Infine ciascuna delle n.9 CT che applicano la PBP CT2-S ha un'organizzazione di lavoro con una media di 13,68 Utenti e 17,26 operatori, a fronte di una media di 11,47 utente e 16,26 operatori presenti nelle 26 CT che hanno applicato almeno una PBP.

Tabella XV

Criteri di individuazione		<u>Criterio a1)</u>	<u>Criterio b)</u>	<u>Criterio a2)</u>	<u>Criterio c)</u>	<u>Criterio d)</u>	<u>Criterio f1)</u>	<u>Criterio f2)</u>
PBP Code	Item Related Code (Item del Questionario corrispondente)	Numero di CT che la hanno implementata	Numero di Cicli Annuali di applicazione nella stessa CT	Numero di CT che la hanno implementata per il numero di Cicli Annuali standard (criterio b)	Numero Totale di Aree di Qualità con un Alto Rating di Efficacia in media presente in tutte le CT che la hanno implementata	Numero Totale di Aree di Qualità al Questionario corrispondente con un Alto Rating di Efficacia in media presente in tutte le CT che la hanno implementata	Indice di Correlazione e tra Livello di Applicazione e Rating all'Item	Indice di Correlazione e tra Livello di Applicazione e Rating all'Area di Qualità
Standard		n. 5 TCs	n. 3 years	n. 2 TCs	51,59 % n. 9,80 / 19,00 <i>min 0 - max 19</i>	53,10 % n. 5,31 / 10,00 <i>min 0 - max 10</i>	r 0,46	r 0,47
PBP CT2-S	V 5.6	n. 8 TCs	n. 4 years	n. 4 TCs	57,31 % n. 10,89 / 19,00	63,10 % n. 6,31 / 10,00	r 0,50	r 0,51

Tabella XVI

Criterio g)		
Cicli Annuali di Applicazione	Livello di Applicazione Standard di tutte e 38 le PBP applicate delle 26 CT	Livello di Applicazione della PBP CT2-S nelle 9 CT
0	0,00 %	0,00 %
1	45,86 %	43,50 %
2	62,63 %	78,00 %
3	66,00 %	70,00 %
4	73,42 %	90,00 %

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

Il "Progetto Visiting DTC" sta sviluppando un modello di "Democratic Therapeutic Community" italiana, attraverso la costruzione di Standard di Servizio che sostengono la costruzione di Percorsi di Cura altrettanto standardizzati (PDTA). La ricerca sullo sviluppo italiano del modello scientifico-metodologico di DTC, si basa sulla costruzione di un percorso clinico assistenziale personale (*Clinical care pathway*) per gli Utenti sia Adulti che Minori, articolato in 5 Fasi, da realizzare in quello specifico setting di Psicoterapia di Comunità che è la Comunità Terapeutica Democratica (tabella XXI). Questo PDTA è organizzato su standard avanzati di Qualità Gruppale Comunitaria, articolati in una apposita mappa, utilizzata per supportare la pianificazione e la realizzazione, oltre che l'efficacia clinica, di tutte le azioni e gli interventi clinici, sociali e gestionali, necessari allo svolgimento dei processi ed al raggiungimento degli obiettivi terapeutici individuali per ciascuna delle sue cinque fasi. Esse sono: 1° Attaccamento; 2° Contenimento; 3° Comunicazione; 4° Coinvolgimento; 5° Agency. Per ciascuna di queste fasi vi è una lunga tradizione di ricerca psicoanalitica, psicodinamica e psicosociale sui principi evolutivi dell'essere umano e sui processi terapeutici specifici che la caratterizzano.

In CT ciascun utente si trova a procedere lungo questo percorso terapeutico, contemporaneamente ma indipendentemente da tutti gli altri utenti. Il percorso terapeutico di ciascun utente può avere una durata differente da quello degli altri, sia per quanto riguarda la durata totale del trattamento in CT, sia per quanto riguarda la durata di attraversamento di ciascuna fase e le modalità di passaggio da una fase all'altra. Questo percorso integra anche i principi del Trattamento DTC utilizzati per l'accreditamento scientifico-professionale dei Servizi Residenziali inglesi (Pearce e Pickard, 2013; Haigh, 2015; Pearce et al., 2017; Pearce e Dale, 2018) con le linee guida del Governo italiano per l'accreditamento istituzionale con il SSN delle strutture residenziali per il trattamento di gravi patologie mentali (Ministero della Salute del Governo Italiano, 2013; 2014).

Le Procedure di Buona Pratica - PBP - sviluppate dal "Progetto Visiting DTC" rappresentano una tipologia di documenti di qualità interni alle CT che organizzano, conformemente al modello DTC, le azioni e gli interventi clinici, sociali e gestionali, specifici per supportare il funzionamento della CT secondo i principi ed i processi terapeutici di una specifica Fase del percorso di cura individuale degli utenti. Lo staff di consultazione composto dagli psicoterapeuti specialisti TC, oltre a valutare la conformità di tutte le PBP

sviluppate al modello DTC, prima di presentarli all'Assemblea del progetto per la discussione e l'approvazione, valuta anche la specificità dei principi e dei processi terapeutici sostenuti da ciascuna di esse, assegnandole ad una delle cinque fasi del PDTA e più nello specifico ad uno degli standard funzionali che ne compongono la mappa (vedi tabella XVII).

Le 48 PBP sviluppate, nei primi dieci cicli annuali del programma, sono state così collegate agli Standard di Servizio che compongono la mappa del percorso di Trattamento Psicoterapeutico DTC per la cura residenziale della grave patologia mentale (vedi tabelle XVII e XVIII) Questi sono i risultati in sintesi. N. 11 PBP abbinare agli standard di prima fase (Attaccamento). N. 17 PBP abbinare agli standard della seconda fase (Contenimento). N. 3 PBP abbinare agli standard della terza fase (Comunicazione). N. 6 PBP abbinare agli standard della quarta fase (Coinvolgimento). N. 10 PBP abbinare con gli standard della quinta fase (Agency).

Tabella XVII

STANDARD di Servizio DTC per CT & GA & PDTA in 5 Fasi per UTENTI ADULTI & MINORI Principi DTC (Haigh, 2013; Pearce et. al, 2017)	Standard Organizzativi Qualità di Base		Standard Funzionali DTC di Qualità Grupale Comunitaria					
	Dimensione Strutturale	Dimensione Organizzativa	Dimensione Istituzionale	Dimensione Comunitaria				
				Questionario: GAS-Set-DTC				
			Amministrazione	Equipe	Staff	Utenti	Famiglie	
			PBP	NEE	DGC			
1) Attaccamento - Appartenenza Si presta molta cura a come si accede e si diviene membro della Comunità. Il processo di attaccamento alla Comunità è incentrato sulle reali possibilità che hanno gli utenti di sviluppare un proprio senso di appartenenza e sulla valutazione del tipo di cura di cui hanno la possibilità di usufruire. Vanno monitorati i primissimi contatti con le persone presenti in Comunità, e va monitorato l'impatto di questi contatti sulla complicata interazione tra le aspettative degli utenti e delle loro famiglie, quelle della Comunità e dei suoi membri, quelle dei Servizi di Salute Mentale invianti e quelle radicate nei rapporti sociali della cultura locale. La natura e la qualità delle relazioni umane sono di primaria importanza. Viene riconosciuta come fondamentale la libertà di scelta reciproca e spontanea tra operatore e utenti, per l'individuazione dell'"Operatore di Riferimento" (Key Worker). Esso rappresenta il referente della Progettazione Terapeutica Personalizzata, la figura di attaccamento e una Guida al Recovery dell'Utente. Una DTC ha bisogno di credere in ciò che sta facendo e di presentarsi, con speranza e ottimismo, come luogo cui vale la pena appartenere. L'impegno e le attività propositive verso la comunità sono incoraggiate.	A. Disponibilità dello Staff i. Per le CT copertura del personale 24 ore ii. Per i GA copertura del personale a fasce orarie B. Numerosità massima Utenza i. Per le CT per Adulti n. 20 posti letto (n.15 per le CT Diurne e n.10 per le CT Diffuse) ii. Per i GA n. 5 posti letto iii. Per le CT per Minori n. 10 posti letto	C. Staff Clinico-Sociale D. Equipe di Coordinamento riflessivo E. Psicoterapeuta membro dell'Equipe	F. Libera scelta del trattamento G. Analisi complessa della domanda di ingresso e del contesto dell'invio H. Progettazione Terapeutica Personalizzata					
			I. Cura dei Confini Istituzionali J. Budget Individuale di Salute N. Continuità e Stabilità dello Staff		K. Presentazione Comunitaria in ingresso L. Consenso sulla Farmacoterapia O. Contratto Terapeutico P. Scelta Consensuale dell'Operatore di Riferimento Q. Accoglienza consensuale, graduale e coordinata con la famiglia R. Gruppi Operativi di Progettazione Terapeutica Personalizzata		M. Sostegno o Terapia Familiare e di Coppia	
2) Contenimento Ambientale - Permissività È permessa un'ampia gamma di comportamenti e abitudini di vita, a condizione che non danneggino gli altri o che impediscano la cura. Il comportamento, anche quello spontaneo, deve essere sempre compreso nelle sue motivazioni, nelle sue implicazioni nell'ambiente terapeutico (milieu) e nei suoi significati simbolici e va discusso in tutte le sedi della comunità per diventare oggetto di riflessione, piuttosto che sanzionato, condannato o semplicemente proibito. Il principio di "responsabilità senza colpa" (Responsibility Without Blame) è usato per dare forma a questo processo di accoglienza permissiva. Sono previste azioni e modalità specifiche per il mantenimento e la revisione dei confini dei legami affettivi. Tra i comportamenti quotidiani vanno sostenuti tutti quelli che contrastano l'isolamento e che sono connessi alle attività organizzative e gestionali della comunità stessa, incluso il coinvolgimento in compiti amministrativi.	A. Sala da pranzo contenente un unico tavolo per tutti gli abitanti dell'Appartamento B. Sala da pranzo contenente un unico tavolo per tutti i membri della Comunità	C. Cucina comunitaria ed a dimensione domestica D. Pulizie e igiene gestite comunitariamente	E. Rete Integrata con i Servizi di Salute Mentale della Comunità Locale F. Supervisione Istituzionale G. Analisi Organizzativa e Istituzionale		H. Cura Comunitaria dell'Alimentazione, della Pulizia e Igiene I. Pasti Comunitari J. Convivenza e Collaborazione Informale K. Crisis Meeting		L. Apertura comunitaria e conviviale alle famiglie	
			M. Partecipazione e alle politiche locali dei Servizi per la Salute Mentale	N. Equipe Meeting O. Staff Meeting P. Formazione Permanente dello Staff R. Cura dei Confini tra le appartenenze affettive e amministrative		Q. Libertà scelte divita, spirituali e sessuali		S. Gruppi di Dialogo Aperto sul Futuro

STANDARD di Servizio DTC & PDTA in 5 Fasi	Dimensione Strutturale	Dimensione Organizzativa	Dimensione Istituzionale	Dimensione Comunitaria			
				Amministrazione	Staff	Utenti	Famiglie
3) Comunicazione – Comunalismo Nella DTC vi è un elemento di vita condivisa (convivenza e collaborazione). Vi è la consapevolezza che le persone possono comunicare in molte modalità differenti. Lo staff, gli utenti e in generale tutti i membri mangiano insieme, svolgono compiti insieme e condividono la vita informale e le attività ricreative, coinvolgendo ove possibile e secondo il programma anche i familiari degli utenti ed i referenti amministrativi. Le relazioni esterne alla Comunità sono ricercate e valorizzate. Tutti i membri della comunità si scamottano con autenticità nelle relazioni interpersonali e fanno l'esperienza della multi-gruppabilità terapeutica, operativa e vitale. Le situazioni che si presentano nella vita condivisa della comunità (l'ambiente) vengono elaborate collettivamente attraverso la "cultura dell'indagine aperta alla conoscenza" (Culture of Enquiry).	A. Residenza di Civile Abitazione	B. Multigruppabilità Terapeutica, Operativa e Vitale	C. Gestione Democratica delle relazioni lavorative con l'Erte Gestore F. Sostegno e partecipazione e alla ricerca scientifica e in rete con le istituzioni scientifiche	D. Sostegno tra pari G. Rispetto della dignità e dello sviluppo umano del lavoratore M. Supervisione Gruppoanalitica Comunitaria	H. Community meeting I. Riflessione sugli eventi comunitari J. Sostegno Terapeutico Individuale K. Riflessione sulle relazioni affettive presenti e passate L. Arte Terapia	E. Sostegno familiare e tra pari	
4) Coinvolgimento - Confronto con la realtà I membri della DTC si sostengono a vicenda attraverso comportamenti, atteggiamenti e feedback reciproci. Vi è l'opportunità di essere spontanei e di provare delle novità. Questo scambio è fatto in maniera accogliente ed esplorativa piuttosto che valutante e giudicante, ed è utilizzato dai membri per dare forma al processo gruppale comunitario noto come "esperienza di apprendimento dal vivere" (Living Learning Experience). Tutti gli eventi nella DTC sono disponibili per essere presi in considerazione dai membri, e viene incoraggiato un atteggiamento interrogativo sulle varie condizioni di realtà. Le interazioni informali che avvengono in Comunità vanno correlate con i processi gruppal, con l'atmosfera comunitaria nel suo complesso e con le connessioni con le reti sociali che la attraversano. La comunità si gestisce attraverso l'auto-organizzazione dei suoi membri e ognuno divide con gli altri la responsabilità sull'ambiente comunitario.	A. <ul style="list-style-type: none"> i. Per le CT, Locale dedicato ad ufficio staff e/o infermeria ii. Per i GA, Ambiente Abilitante di Sostegno all'Impiego (inclusione lavorativa) per gli Utenti 	B. Auto-organizzazioni democratiche dei membri	C. Gestione Democratica del Budget di Cura D. Manutenzione del Regolamento Comunitario E. Manutenzione comunitaria della struttura abitativa G. Gestione economica del servizio attraverso l'Impresa Sociale	H. Community Meeting Multifamiliare e Multiistituzionale I. Laboratori Artistici ed Artigianali J. Azione Politica di Sviluppo Locale di Comunità	F. Formazione Politica dei Familiari		
5) Agency – Democratizzazione Il processo decisionale è condiviso democraticamente su tutte le questioni comunitarie e quando necessario con procedure di voto trasparenti in assetto assembleare. Il potere e l'autorità sono sempre messe in discussione, anche l'autorità politica e sanitaria. Lo staff promuove da parte di tutta la comunità l'assunzione di responsabilità sul mantenimento di livelli di sicurezza ambientale e di efficacia terapeutica. Tutti i membri possono condurre gruppi e riunioni, e contribuire a prendere decisioni che hanno effetti sostanziali sul modo in cui la DTC funziona. La leadership si assume la responsabilità che l'ambiente sia abilitante. Questo ha l'effetto di "promuovere l'agency responsabile" (Promoting Responsible Agency). La responsabilità di ciascuno verso la Comunità viene sostenuta e riconosciuta, così come verso le scelte riguardanti l'inclusione nella comunità sociale.	A. Residenza integrata nel tessuto urbano B. Costruzione di Network di Ambienti Abilitanti (Assenza di barriere, di comunic. e scambio con l'amb. Sociale.) C. Assenza di barriere architettoniche	D. Inclusione sociale, educativa e lavorativa	E. Sostegno all'Associazione di Utenti e Familiari K. Promozione dei Diritti di Cittadinanza e dei Progetti di Vita L. Trasformazione delle relazioni e degli ambienti esterni alla comunità M. Costruzione Reti Sociali con Agenzie della Comunità Locale N. Costruzione di Ambienti Abilitanti per il Sostegno all'Impiego	F. Democrazia decisionale clinica G. Responsabilità collettiva nei confronti della Comunità di Cura di Vita e di Lavoro H. Inclusione degli Utenti esperti nello Staff J. Dimissioni concordate, graduali e sostenute attraverso la costruzione di gruppabilità e familiarità esterne	I. Assistenza post-dimensioni del Servizio Sociale		

Gli standard funzionali abbinati al maggior numero di PBP sviluppate nei primi dieci cicli annuali sono 4 (vedi tabella XXII); sono gli standard funzionali con codice: 1H; 2H; 2J; 5L. Questi 4 standard fanno riferimento alle buone pratiche relative alla fase 1 (Attachment) con codice 1H, fase 2 (Containment) con codice 2H e 2J, fase 5 (Agency) con codice 5L.

1. Lo standard con codice 1H (Progettazione Terapeutica Personalizzata) è abbinato a 4 PBP con i seguenti codici: PBP CT5-T; PBP CT23-LC; PBP CT4-LC; PBP CT20-LC.
2. Lo standard con codice 2H (Cura Comunitaria dell'Alimentazione, della Pulizia e Igiene) è abbinato a 4 PBP con i seguenti codici: PBP CT6-LC; PBP CT19-LC; PBP CT24-LC; PBP CT31-LC.
3. Lo standard con codice 2J (Convivenza e collaborazione informale) è abbinato a 4 PBP con codici: PBP CT18-LC; PBP CT21-LC; PBP CT2-LC; PBP CT27-LC.
4. Lo standard con codice 5L (Trasformazione delle relazioni e degli ambienti esterni alla comunità) è abbinato a 4 PBP con i seguenti codici: PBP CT7-LC; PBP CT25-LC; PBP CT13-LC; PBP CT9-S.

È significativo notare che la Good Practice PBP CT2-S, che proceduralizza la realizzazione del Community Meeting Multifamiliare in CT, non è abbinata a nessuno dei suddetti quattro standard funzionali. Essa è l'unica PBP abbinata allo standard funzionale 4H, appartenente alla fase 4 (coinvolgimento) e nello specifico allo standard dedicato espressamente ai Community Meeting Multifamiliari e Multi-istituzionali.

Tabella XVIII

N	Matched PBP Code	Related Item Code	Standard Code	All 48 PBP Titles
1	PBP CT5-T	V 2.5	1H	Interviews on Therapeutic Plan between User, Key Worker and TC Director
2	PBP CT23-LC	V 4.8	1H	Functions of Person-centred Therapeutic Planning work groups in TC
3	PBP CT4-LC	V 7.4	1H	Staff Meeting for supporting and monitoring Person-centred Therapeutic Plans
4	PBP CT20-LC	R 1.e	1H	Promotion of accountability by User in management of its own Therapeutic Plan
5	PBP CT3-T	V 5.5	1M	Promoting participation of users' Family members in TC treatment
6	PBP CT11-LC	V 5.5	1M	User-Family dual meetings to support process of growth of family mental field
7	PBP CT32-LC	V 4.6	1O	Accountability of "Therapeutic Contract" in collective management of joining in TC
8	PBP CT8-LC	V 4.10	1P	Role and choice of Key Worker of a TC Users
9	PBP CT1-LC	V 5.5	1Q	Involvement of users' family members in their joining at TC
10	PBP CT1-T	V 3.5	1W	Construction of a totally independent living space to accommodate Users in transit
11	PBP CT17-LC	V 3.5	1W	Customization of own and personal environments of TC Users
12	PBP CT7-S	V 1.2	2E	Planning cooperation between TC and local mental health services
13	PBP CT28-LC	V 1.2	2E	TC and local mental health services Meeting, focused on Person-centred Plan
14	PBP CT14-LC	V 8.2	2E	Cooperation between TC and local community mental health services
15	PBP CT5-S	V 7.15	2F	Community group analytic peer-to-peer supervision between TCs
16	PBP CT6-LC	V 3.1	2H	Shared choice of TC weekly menu
17	PBP CT19-LC	V 3.4	2H	Common cleaning and related domestic duties for hygiene of TC environments
18	PBP CT24-LC	V 3.9	2H	Food storage management by Users who are about to leave TC
19	PBP CT31-LC	V 3.9	2H	Cooking main community meals of the day by Users
20	PBP CT18-LC	V 3.2	2J	Support for involvement of Users in common informal activities
21	PBP CT21-LC	V 4.16	2J	Common therapeutic holidays as opportunity of care and "enabling leisure"
22	PBP CT2-LC	R 2.a	2J	Informal support for expression of needs and interests of Users
23	PBP CT27-LC	R 2.c	2J	Community support to development of informal relationships within TC
24	PBP CT16-LC	V 3.1	2L	Promoting User Family visits in a comfortable and safe climate in TC
25	PBP CT15-LC	V 5.4	2L	Promoting informal and convivial meetings with relatives and friends of Users
26	PBP CT6-S	R 5.a	2M	Training events on recovery, led by TC Users, open to local stakeholders
27	PBP P1 CT-LC	V 7.16	2O	Peer-to-peer supervision group as supportive tool for TC Staff members
28	PBP CT2-T	V 2.4	2Q	Support for expression and development of activities of personal interest of User
29	PBP CT8-S	V 6.4	3I	Enquiry on crisis and psychiatric emergencies in daily morning Community Meeting
30	PBP CT33-LC	V 7.3	3I	The Logbook, as clinical tool for shared reflection for the staff in TC
31	PBP CT26-LC	V 5.4	3K	Reflection on involvement of Family in cooperation between User and Key Worker
32	PBP CT1-S	V 7.15	3M	Community group analytic supervision in TC
33	PBP CT4-S	V 2.6	4D	General regulation for use of electronic telecommunication tools by Users
34	PBP CT5-LC	V 3.3	4E	Community monitoring of environmental safety and living comfort
35	PBP CT30-LC	V 3.4	4E	Taking care of the environment that cares in TC
36	PBP CT2-S	V 5.6	4H	Multi-family Community Meeting in TC
37	PBP CT3-LC	V 4.16	4I	Construction of art and crafts workshop for funding's social participation of Users
38	PBP CT12-LC	V 4.16	4I	Artistic-expressive workshop by means of painting
39	PBP CT3-S	V 4.19	5G	Community Meeting on violation of TC rules and boundaries
40	PBP CT22-LC	R 3.c	5K	Activities beyond symptoms towards life projects and recovery plans through TC
41	PBP CT7-LC	V 4.16	5L	Social events in cooperation with local community organizations
42	PBP CT25-LC	V 4.16	5L	Creation of enjoyable activities and leisure in local community
43	PBP CT13-LC	R 2.a	5L	Support for enhancement of informal relationships in TC social contexts
44	PBP CT9-S	R 3.a	5L	Common activity of knowledge of local community for Staff, Users and Families
45	PBP CT10-LC	V 3.1	5M	Informal support for integration between different cultures of origin of Users in TC
46	PBP CT9-LC	V 8.2	5M	Social action of TC as cultural and economic actor of local community
47	PBP CT29-LC	R 6.b	5M	Support for social inclusion and participation of TC Users
48	PBP CT4-T	V 4.13	5N	Planning employment support programs for TC Users

In base allo standard più frequentemente abbinato alle PBP sviluppate dal modello scientifico DTC che le CT italiane stanno adattando al contesto ed alla cultura nazionale. Prima fra tutte lo sviluppo di pratiche terapeutiche legate alla dimensione della convivenza e collaborazione comunitaria che fa leva sulla gestione dei bisogni umani primari: l'alimentazione e l'igiene (2H) e la socialità informale (2J). Queste pratiche sono pensate efficaci soprattutto nella loro funzione di contenimento relazionale della sofferenza, dell'angoscia e dell'irrequietezza che caratterizza l'utente con grave patologia mentale.

Un'altra caratteristica che sembra si stia delineando del modello DTC italiano è la dimensione politica, legata soprattutto alle fasi di passaggio istituzionale (ingressi e dimissioni), che si manifesta soprattutto nella pratica della Progettazione Terapeutica Personalizzata (1H), sostenuta anche da una notevole mole di documenti legislativi in merito, e in tutte quelle pratiche difficilmente inquadrabili amministrativamente e che si sostanziano nel lavoro di socializzazione, conoscenza e adattamento dell'utente nell'ambiente sociale esterno alla CT (5L).

La PBP CT2-S e la PBP CT3-S restano comunque di gran lunga la Procedura di Buona Pratica applicate da più CT nei primi 10 cicli annuali del Programma (applicate da n.9 su n.26 CT; circa 1/3 di tutte le CT che hanno applicato almeno una PBP). Questo aggiunge alla definizione del modello italiano di Comunità Terapeutica Democratica, una importante attenzione alle dimensioni metodologiche della riunione di Comunità (Community Meeting) del lavoro con le famiglie degli utenti. In particolare la Good Practice PBP CT2-S riconosce un alto valore scientifico al coinvolgimento delle famiglie nel trattamento comunitario, non soltanto con l'obiettivo dell'esplorazione della sofferenza psichica legata alla storia familiare, ma anche con quello dell'intervento diretto dell'ambiente di appartenenza familiare e della cura delle relazioni affettive che lo caratterizzano.

Tabella XIX

N	Matched PBP Code	Related Item Code	Standard Code	Total TCs applying	TCs 1 year applying	TCs 2 years applying	TCs 3 years applying	TCs 4 years applying	TCs 5 years applying	TCs 6 years applying	Total TCs implementing
1	PBP CT5-T	V 2.5	1H	1	0	0	0	1	0	0	0
2	PBP CT23-LC	V 4.8	1H	1	0	0	1	0	0	0	0
3	PBP CT4-LC	V 7.4	1H	1	0	0	0	0	1	0	0
4	PBP CT20-LC	R 1.e	1H	2	1	1	0	0	0	0	1
5	PBP CT3-T	V 5.5	1M	8	3	3	0	0	0	2	6
6	PBP CT11-LC	V 5.5	1M	4	0	3	0	1	0	0	3
7	PBP CT32-LC	V 4.6	1O	0	0	0	0	0	0	0	0
8	PBP CT8-LC	V 4.10	1P	3	1	0	0	2	0	0	2
9	PBP CT1-LC	V 5.5	1Q	5	3	0	0	1	1	0	4
10	PBP CT1-T	V 3.5	1W	2	0	0	0	0	0	2	1
11	PBP CT17-LC	V 3.5	1W	0	0	0	0	0	0	0	0
12	PBP CT7-S	V 1.2	2E	2	2	0	0	0	0	0	1
13	PBP CT28-LC	V 1.2	2E	1	1	0	0	0	0	0	0
14	PBP CT14-LC	V 8.2	2E	2	0	2	0	0	0	0	1
15	PBP CT5-S	V 7.15	2F	2	2	0	0	0	0	0	2
16	PBP CT6-LC	V 3.1	2H	3	1	2	0	0	0	0	2
17	PBP CT19-LC	V 3.4	2H	0	0	0	0	0	0	0	0
18	PBP CT24-LC	V 3.9	2H	1	0	0	1	0	0	0	0
19	PBP CT31-LC	V 3.9	2H	0	0	0	0	0	0	0	0
20	PBP CT18-LC	V 3.2	2J	1	1	0	0	0	0	0	0
21	PBP CT21-LC	V 4.16	2J	0	0	0	0	0	0	0	0
22	PBP CT2-LC	R 2.a	2J	1	0	1	0	0	0	0	0
23	PBP CT27-LC	R 2.c	2J	0	0	0	0	0	0	0	0
24	PBP CT16-LC	V 3.1	2L	1	1	0	0	0	0	0	0
25	PBP CT15-LC	V 5.4	2L	1	1	0	0	0	0	0	0
26	PBP CT6-S	R 5.a	2M	2	2	0	0	0	0	0	1
27	PBP P1 CT-LC	V 7.16	2O	0	0	0	0	0	0	0	0
28	PBP CT2-T	V 2.4	2Q	4	0	2	0	0	0	2	3
29	PBP CT8-S	V 6.4	3I	4	1	0	1	2	0	0	3
30	PBP CT33-LC	V 7.3	3I	0	0	0	0	0	0	0	0
31	PBP CT26-LC	V 5.4	3K	1	1	0	0	0	0	0	0
32	PBP CT1-S	V 7.15	3M	4	2	1	0	1	0	0	3
33	PBP CT4-S	V 2.6	4D	2	0	0	1	1	0	0	2
34	PBP CT5-LC	V 3.3	4E	1	0	0	0	1	0	0	0
35	PBP CT30-LC	V 3.4	4E	0	0	0	0	0	0	0	0
36	PBP CT2-S	V 5.6	4H	9	4	3	1	1	0	0	8
37	PBP CT3-LC	V 4.16	4I	1	0	1	0	0	0	0	0
38	PBP CT12-LC	V 4.16	4I	1	0	1	0	0	0	0	0
39	PBP CT3-S	V 4.19	5G	9	4	2	3	0	0	0	8
40	PBP CT22-LC	R 3.c	5K	1	1	0	0	0	0	0	0
41	PBP CT7-LC	V 4.16	5L	1	0	1	0	0	0	0	0
42	PBP CT25-LC	V 4.16	5L	1	0	0	1	0	0	0	0
43	PBP CT13-LC	R 2.a	5L	1	0	1	0	0	0	0	0
44	PBP CT9-S	R 3.a	5L	1	0	1	0	0	0	0	0
45	PBP CT10-LC	V 3.1	5M	1	0	1	0	0	0	0	0
46	PBP CT9-LC	V 8.2	5M	2	2	0	0	0	0	0	1
47	PBP CT29-LC	R 6.b	5M	0	0	0	0	0	0	0	0
48	PBP CT4-T	V 4.13	5N	1	0	0	0	1	0	0	0

Discussione

Le PBP sviluppate sui punti di eccellenza (conformità) relativi agli item del questionario ViVaCom-DTC sono n. 40, significativamente più delle n. 8 PBP sviluppate su punti di eccellenza relativi agli item del

questionario DTCRO (vedi tabella XVII o XIX). Va considerato che il questionario ViVaCom-DTC (Bruschetta, et al., 2017) valuta l'organizzazione del lavoro in CT, focalizzandosi sulle prestazioni da essa fornite; mentre il questionario DTCRO (Bruschetta, 2017) valuta la stessa organizzazione facendo invece riferimento ai processi di recovery personale da essa supportati. Considerato che anche le due PBP più applicate nel Programma sono state sviluppate su item questionario ViVaCom, è possibile riconoscere nel percorso di costruzione di un modello italiano di trattamento DTC, una ancora forte difficoltà nell'assimilazione e/o standardizzazione di procedure di lavoro orientate al recovery. Di converso, sembrano maggiormente assimilate le prassi di lavoro riguardanti l'organizzazione clinica e le attività specificamente terapeutiche, come dimostrano ad esempio le due PBP applicate dal maggior numero di CT.

Inoltre la PBP selezionata due volte come Good Practice (del 8° CA e del 10° CA) dimostra la grande importanza che la cultura e la società italiana attribuiscono alla famiglia, sia nel processo di sviluppo della malattia, sia nel processo di guarigione. La famiglia è ancora ed è sempre stata un fattore specifico del trattamento nelle CT italiane. Poi, come già detto, bisogna ricordare che le due PBP applicate da più CT al 10° CA (PBP CT2-S e PBP CT3-S) danno rilievo tutto particolare ai *Community Meeting*, che rappresentano da sempre una specifica tipologia di dispositivi tecnici di trattamento DTC. Ciò sta a dimostrare la capacità del Programma di migliorare il modello metodologico scientifico DTC, attraverso la sua declinazione secondo la cultura italiana. I *Community Meeting* si caratterizzano in questo modello come dispositivi per utilizzare in funzione terapeutica specifica una dimensione comunitaria che si appoggia alla metodologia clinica ed alla ricerca scientifica della psicodinamica dei gruppi e delle istituzioni di tradizione psicoanalitica.

La fase del *clinical care pathway* all'interno della quale è presente il maggior numero di PBP sviluppate dalle CT è la Seconda (n. 17 PBP), poi vi è la prima con n. 11 PBP e la quinta con n. 10 PBP (vedi tabelle XVII e XVIII). Ciò sembra confermare l'idea condivisa all'interno di "Visiting DTC Project", che il movimento politico e culturale delle CT che costituiscono il Programma di Qualità, sia ancora all'inizio del suo processo di miglioramento e che si stiano ancora gettando le basi per lo sviluppo di pratiche cliniche sempre più vicine al modello scientifico-metodologico DTC. Al momento, tutte le parti interessate sono concentrate sulle prime due fasi del trattamento e poi sull'ultima. Sembra che ci sia ancora bisogno di tempo per studiare e sperimentare a fondo il modello DTC, e potersi quindi concentrare sulle fasi centrali del percorso di cura. Ciò è dimostrato anche dal fatto che al momento, al 10° CA, solo quattro CT hanno conseguito regolare Certificazione con il Primo Accredimento di Qualità di Gruppo Comunitario, e nessuna è ancora arrivata al Secondo Accredimento di Qualità di Gruppo Comunitario.

I quattro Standard di servizio abbinati a più PBP sviluppate nei primi 10 cicli annuali si trovano nelle fasi 1 (Attachment), 2 (Containment) e 5 (Agency) del percorso terapeutico DTC (vedi tabelle XVII e XVIII). Essi sono gli Standard con codice 1H, 2H, 2J e 5L, e sono abbinati a 4 PBP ciascuno. La "Progettazione Terapeutica Personalizzata" (codice standard 1H) rappresenta una pratica istituzionale che nasce nella tradizione italiana dall'attenzione alla difesa della capacità giuridica degli utenti e che ben si coniuga con i principi etici intrinseci al modello di trattamento DTC. La "Cura Comunitaria dell'Alimentazione, della Pulizia e Igiene" (codice standard 2H) e la "Convivenza e collaborazione informale" (codice standard 2J) sono invece pratiche informali di contenimento ambientale specificamente utilizzate nel trattamento dei DTC. Attraverso di esse è possibile garantire, permettere all'utente lo sviluppo di una rappresentazione dell'ambiente comunitario, come una base sicura cui affidarsi (in quanto garantisce la soddisfazione dei bisogni personali ed affettivi primari), all'interno del quale è possibile prima ammorbidire e poi disarticolare

la struttura coercitiva rappresentata dalla sua sintomatologia. Infine, la “Trasformazione delle relazioni e degli ambienti esterni alla comunità” (codice standard 5L) rappresenta invece una serie di pratiche sociali di inclusione nella comunità locale, anch'esse legate alla tradizione della salute mentale di comunità italiana, appartenenti anche al quadro metodologico delle finalità del trattamento DTC inglese.

Conclusioni

Risultano essere tre le caratteristiche principali dell'esperienza italiana di implementazione e sviluppo di un modello culturalmente adattato di trattamento DTC, ad oggi sostenuto dalle CT che in questi dieci anni hanno partecipato al Progetto Visiting DTC:

1. l'organizzazione di un ambiente terapeutico basato sulla convivenza informale e la collaborazione grupppale tra i membri della CT
2. la cura delle relazioni familiari degli utenti
3. la cooperazione con i servizi, le agenzie e le reti della comunità locale.

Queste caratteristiche fanno capire quanto rimangano ancora fragili in questo momento le DTC italiane; da considerare tutte ancora in una fase iniziale di sviluppo organizzativo. Tutte le Procedure di Buona Pratica più applicate ed efficaci appaiono infatti strettamente dipendenti da una complessa rete di relazioni, formali e informali, che attraversano l'ambiente terapeutico e interconnettono i membri della CT con tutti gli altri stakeholder. E tale complessità presuppone consapevolezza e competenze sia cliniche che gestionali molto sviluppate, non sempre a disposizione delle CT italiane, benché tale rete sociale di sostegno sia indispensabile non solo per il buon funzionamento ma anche soltanto per la sopravvivenza di ogni Comunità Terapeutica Democratica.

Una comunità locale aperta e inclusiva costituita da una ampia e fitta rete di agenzie in grado di funzionare come ambienti abilitanti è quindi ancora fondamentale allo sviluppo delle DTC all'interno dell'ambiente istituzionale costituito dal SSN italiano che ancora fatica a collaborare alla creazione di tali reti di sostegno sociale. Non a caso le uniche 2 CT che al 10° ciclo annuale posseggono pieni livelli di qualità (Livello A5) certificata dal Progetto (vedi tabella IX), sono CT la cui gestione è condivisa da un Dipartimento di Salute Mentale pubblico (SSN) ed un Ente del Terzo Settore (nello specifico una Cooperativa Sociale): un modello virtuoso di cogestione, tutto italiano, che vede nella sinergia tra Servizi Pubblici virtuosi e Cooperatori Sociali autentici l'embrione di una rete sociale di sostegno fondamentale all'esercizio dei diritti delle persone sofferenti. “Visiting DTC Project” ha anche questa missione, un po' più ampia dell'accreditamento di qualità, ma fondamentale per garantire qualsiasi miglioramento di qualità delle CT: contribuire allo sviluppo democratico tanto delle CT quanto delle comunità locali a cui esse appartengono.

L'attuale crisi sociale e politica, nonché sanitaria ed economica dovuta all'epidemia di Covid-19, nei tre anni passati, ha messo fortemente a rischio lo sviluppo delle DTC italiane. Per rispondere all'emergenza, il SSN italiano ha di fatto ristretto il funzionamento dei servizi e delle strutture di salute mentale entro forme organizzative molto meno inclusive e molto più coercitive, e adesso è difficile ritornare ai livelli di funzionamento precedente. Affrontare la nuova società del lockdown che potrebbe definitivamente

affermarsi nei prossimi anni come sistema culturale di protezione e controllo, solo apparentemente dipendente da condizioni sociali emergenziali, ma integralmente appartenente al paradigma securitario che ha ormai assimilato il sistema sanitario di cura della sofferenza mentale, rappresenta la sfida più importante per le DTC, non solo italiane (Bruschetta, 2020). Dimostrare la propria qualità ed efficacia è l'unico modo che le DTC hanno per proteggere il diritto a un trattamento umano ed efficace per le persone con gravi disturbi mentali e per preservare una visione democratica della cultura e della società nell'attuale situazione di rischio di trasformazione dei sistemi sanitari verso nuove istituzioni securitarie ancora poco chiare all'orizzonte.

Bibliografia

Barbui, C., Papola, D. & Saraceno, B. Forty years without mental hospitals in Italy. *Int J Ment Health Syst* 12, 43 (2018). <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0223-1>

Bruschetta, S. (2022), The "gentle" revolution of new Therapeutic Communities for individuals that have a history of offending behaviour with mental disorders in Italy. In: *Global Perspectives on Interventions in Forensic Therapeutic Communities. A Practitioner's Guide*. Edition: 1st Edition, Publisher: Routledge, London.

Bruschetta, S. (2020), "The real body of therapeutic communities in society of lockdown", *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, Vol. 41 No. 3/4, pp. 81-85.

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, pp. 259-63.

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.

Bruschetta, S., Vigorelli, M., Angelini, A., Biaggini, M., Colombo, F., De Crescente, M., Gaburri, L., Giannone, F., Gillino, F., Pismataro, C.P. (2017), "ViVaCom 3rd DTC Edition – Questionnaire for Visiting per la Valutazione delle Comunità Terapeutiche", Internal working document of the "Visiting DTC Project".

Bruschetta, S. (2017), "DTCRO – Democratic Therapeutic Communities Recovery-Oriented, 3rd edition", Internal working document of the "Visiting DTC Project".

Haigh, R. and Tucker, S. (2004), "Democratic development of standards: the community of communities – a quality network of therapeutic communities", *Psychiatric Quarterly*, Vol. 75 No. 3, pp. 263-77.

Haigh, R., Harrison, T., Johnson, R., Paget, S. and Williams, S. (2012), "Psychologically informed environments and the 'enabling environments' initiative", *Housing, Care and Support*, Vol. 15 No. 1, pp. 34-42.

Haigh, R. (2015), "The quintessence of a therapeutic environment: the foundations for the Windsor conference 2014", *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities* Vol. 36

No. 1, pp. 2-11.

International Organization for Standardization (2015)SO 9001:2015, Quality management systems.

Lees, J., Manning, N. & Rawlings, B. (2004) A Culture of Enquiry: Research Evidence and the Therapeutic Community. *Psychiatr Q* 75, 279–294 (2004).

Ministry of Health of Italian Government (2013). The Psychiatric Residential Facilities.

Ministry of Health of Italian Government (2014). Definition of Care Paths to be activated in Departments of Mental Health for Schizophrenic Disorders, Mood Disorders and Serious Personality Disorders.

Pearce S, Pickard H. (2013) How therapeutic communities work: specific factors related to positive outcome. *Int J Soc Psychiatry* 2013; 59: 636–45.

Pearce, S., Scott, L., Attwood, G., Saunders, K., Dean, M., D.E. Ridder, R., Galea, D., Konstantinidou, H. and Crawford, M. (2017), "Democratic therapeutic community treatment for personality disorder: randomised controlled trial", *The British journal of Psychiatry*, Vol. 210 No. 2, pp. 149-56.

Pearce, S. and Haigh, R. (2017), *A Handbook of Democratic Therapeutic Community Theory and Practice*, JKP, London.

Pearce, S. and Dale, O. (2018) "Training for democratic therapeutic community practitioners, and workers in therapeutic and enabling environments", *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, Vol. 39 Issue: 2, pp.93-97

Sashidharan, S., Mezzina, R. & Puras, D. (2019). Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 28. 1-8.

WHO (2012); *QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities*. Geneva, World Health Organization, 2012.

WHO (2021a), *Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches*. Geneva: World Health Organization; 2021 (Guidance and technical packages on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches).

WHO (2021b), *Supported living services for mental health: promoting person-centred and rights-based approaches*. Geneva: World Health Organization; 2021 (Guidance and technical packages on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches).