

NUOVARASSEGNA DI STUDI PSICHIATRICI

rivista online di psichiatria

www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it

Vol. 14 - 6 Aprile 2017

Il Gruppo Multifamiliare come dispositivo di lavoro per una Democratic Peer Accreditation delle Comunità Terapeutiche. Il programma di “accreditamento tra pari e tra dispari” del “Progetto Visiting DTC” per i Servizi Residenziali e Abitativi di Salute Mentale orientati al recovery

Simone Bruschetta

Il Gruppo Multifamiliare come dispositivo di lavoro per una Democratic Peer Accreditation delle Comunità Terapeutiche.

Il programma di “accreditamento tra pari e tra dispari” del “Progetto Visiting DTC” per i Servizi Residenziali e Abitativi di Salute Mentale orientati al recovery

Autore

Simone Bruschetta

PhD, Psicologo Psicoterapeuta Gruppoanalista, HR Specialist, TC Specialist, Direttore “Progetto Visiting DTC”, Catania (IT). Email: simonebruschetta@yahoo.it Cell: +39 339-3713101

RIASSUNTO

L'articolo di propone di presentare l'utilizzo dei Gruppi Multifamiliari nella Valutazione tra-pari (e tra-dispari!) delle Comunità Terapeutiche Democratiche, all'interno del Programma di Accreditazione di Qualità Gruppale Comunitaria, denominato "Progetto Visiting DTC". Il “Progetto Visiting DTC” è programma di *democratic peer accreditation* scientifico-professionale per i Servizi Residenziali e Abitativi di Salute Mentale, fondato su valutazioni di qualità effettuate non solo da operatori del settore, ma anche dagli utenti e dai loro familiari.

Le procedure di accreditamento del Progetto prevedono che tre Comunità Terapeutiche, con i loro Utenti, Familiari, Operatori e Manager, si visitino a vicenda per valutare reciprocamente quella specifica dimensione della qualità scientifico professionale definita qualità gruppale comunitaria. Il principale dispositivo di lavoro che sostiene questa speciale valutazione tra pari e tra dispari, è il gruppo multifamiliare. Tali gruppi sono finalizzati ad individuare i punti di forza ed i punti di debolezza delle Comunità oggetto di valutazione qualitativa e quantitativa, ma anche a sostenere un'esperienza di incontro e riflessione sul valore della Comunità Terapeutica Democratica.

L'articolo intende stimolare la riflessione sulla composizione dei diversi punti di vista dei diversi stakeholder delle Comunità (interno-esterno, utente, familiare, operatore, manager e ricercatori, confronto tra pari e tra dispari, ecc.) attraverso la metodologia dei Community Meeting Multifamiliari di Valutazione e delle Visite di Delegazioni Multifamiliari di Comunità Terapeutiche.

ABSTRACT

Paper presents the use of *Multi Family Groups* in the peer-evaluation (and odd-evaluation!) of Democratic Therapeutic Communities, within the "Project Visiting DTC", a Scientific Professional Accreditation Programme, based on the *democratic peer accreditation*, which is aimed at those methodological aspects of the quality of Residential and Housing Services of Mental Health identified as a Groupal and Communitarian Quality.

The paper aims to stimulate reflection on the composition of the different points of view of different stakeholders of the Therapeutic Community (internal-external, user, relatives, professionals, managers and researchers, peer-comparison and odd-comparison, etc.), through the methodology of the *Evaluation Multi Family Community Meeting* and the *Visits of Multi Family Delegations of Therapeutic Communities*.

Introduzione

Come è noto, la qualità dell'assistenza sanitaria, in generale, è sempre stata oggetto di dibattito fra operatori, utenti, fornitori e committenti. Il dibattito sul livello complessivo di salute della popolazione ha da sempre portato ad inserire la qualità dei sistemi sanitari, dentro variabili più complesse connesse a più ampi sistemi sociali, economici e culturali. Tale consapevolezza ha portato negli anni ad un progressivo aumento di supporto finanziario e scientifico per lo sviluppo di modelli e programmi di accreditamento dei Servizi Sanitari su diverse tipologie ed aspetti della qualità: politici, organizzativi, metodologici ed economici. I programmi di accreditamento di qualità si stanno così specializzando attraverso i sempre maggiore coinvolgendo non soltanto delle istituzioni normative e degli enti gestionali, ma anche delle società scientifiche e delle molteplici e diversificate agenzie sociali.

Oltre all'Accreditamento Istituzionale, secondo i requisiti previsti dal SSN, sempre più diversificati da regione e regione, ed all'Accreditamento Aziendale, proveniente dal mondo industriale e meglio noto come Sistema di norme ISO, si è sviluppato recentemente un Accreditamento Scientifico-Professionale "tra pari", fondato sull'adesione volontaria ai valori della ricerca scientifica, della competenza professionale e della cultura di servizio e dell'orientamento all'utenza.

Nel settore dei Servizi di Salute Mentale, grazie a tale orientamento, il concetto di qualità è uscito così dalla prospettiva del cosiddetto controllo *top-down* (che implica una logica dell'accettazione normativa e del controllo sanzionatorio) per orientarsi verso uno sviluppo *bottom-up* (basato sulla logica dell'autoregolazione condivisa e del sostegno incentivante). Tutto ciò sta portando alla consapevolezza della necessità di sviluppo di una cultura della qualità condivisa tra tutti coloro che a diverso titolo sono coinvolti nei Servizi (stakeholder), e quindi la realizzazione di programmi di *peer accreditation* che, lavorando in questa direzione, sostengono sempre più il coinvolgimento della popolazione, delle agenzie e delle comunità locali nella costruzione di una Salute Mentale fondata su sistemi sociali, economici e culturali, partecipati e sostenibili.

Materiali e Metodi

Con il documento prodotto dall'WHO (1), nel 2003 (Package per il Miglioramento dei Servizi Psichiatrici), si è ufficialmente affermato anche nel campo della Salute Mentale l'abbandono della prospettiva del controllo di qualità per abbracciare invece l'ottica dello *sviluppo continuo di pratiche per la qualità*. Come rappresentato nella figura (Figura 1), l'approccio alla qualità viene descritto in tale documento come basato sull'innesco di diversi processi ricorsivi, nei quali ogni punto d'arrivo attiva sempre successive dinamiche di sviluppo qualitativo.

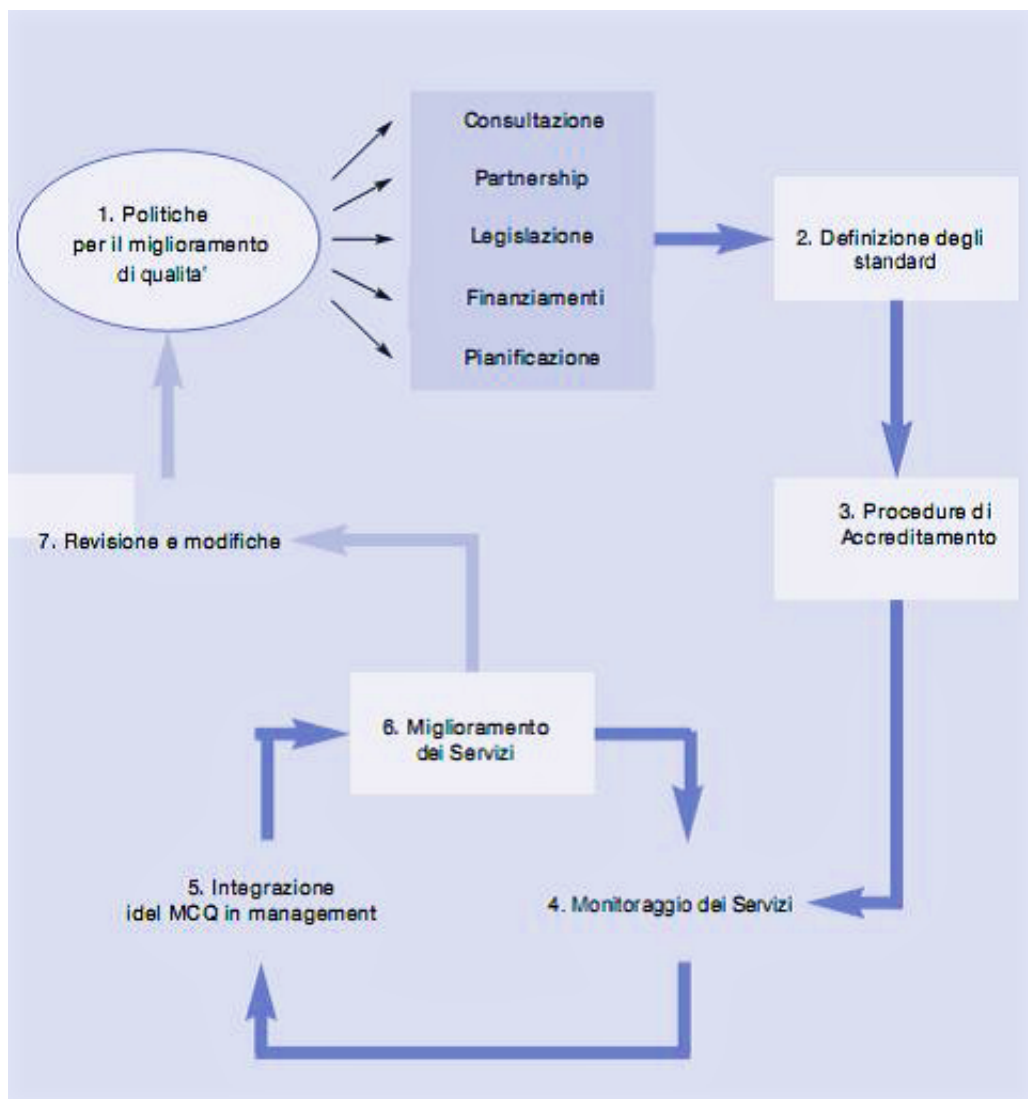


Figura 1

La metodologia della *peer accreditation* scientifico-professionale

Secondo la metodologia della *peer accreditation*, l'accreditamento scientifico-professionale dei Servizi di Salute Mentale si fonda quindi sulla reciproca valutazione di qualità effettuata attraverso l'interconnessione dei diversi punti di vista dei maggiori stakeholder (chi usufruisce dei servizi, chi li paga, chi vi opera, chi li amministra, chi li norma e definisce, chi li monitora, ecc.) e sulla base di criteri che riflettono i valori del contesto in cui essi operano ed interagiscono. La valutazione tra pari in questo caso prevede il coinvolgimento degli stakeholder anche nella integrazione dei vari bisogni di cui sono portatori, in una cultura della qualità condivisa su cui fondare la "definizione degli standard" (figura 2).

I vari stakeholder coinvolti ed i loro bisogni, possono così essere rappresentati secondo una gerarchia di livelli di interesse dal più specifico e personale e più generale e collettivo (1):

- Gli utenti richiedono l'accesso a cure non costose, di alta qualità, che rispondano ai loro bisogni e priorità, che incoraggino l'autodeterminazione e conducano ad un miglioramento del funzionamento personale
- I familiari richiedono per i loro congiunti cure facilmente accessibili e di alta qualità, che offrano loro supporto, informazione e strategie sulla gestione dei problemi degli utenti e del loro contesto familiare
- I medici e tutti gli altri operatori sanitari richiedono che venga garantita stabilità, continuità al proprio operatori ad esse cure rivolte agli utenti, miglioramento continuo ai Servizi, cure efficaci ed efficienti all'utenza ed adeguate risorse alla propria formazione
- I Servizi di Salute Mentale nel loro complesso, per rispondere alle proprie funzioni, richiedono adeguate risorse materiali ed immateriali, e politiche sociali, economiche e culturali che sostengano gli investimenti su tali risorse
- La popolazione in generale richiede accesso agevolato a Servizi efficienti e un miglioramento degli aspetti

normativi riguardanti un'idea di Salute Mentale interconnessa a quella di Qualità della Vita degli utenti e dei loro contesti socio-familiari di appartenenza

- Gli Organi Politici sono orientati a finanziare cure valide in termini di rapporto tra costi ed efficacia e che garantiscano la riduzione dell'impatto della malattia in termini di miglioramento della qualità della vita degli utenti e della popolazione generale.

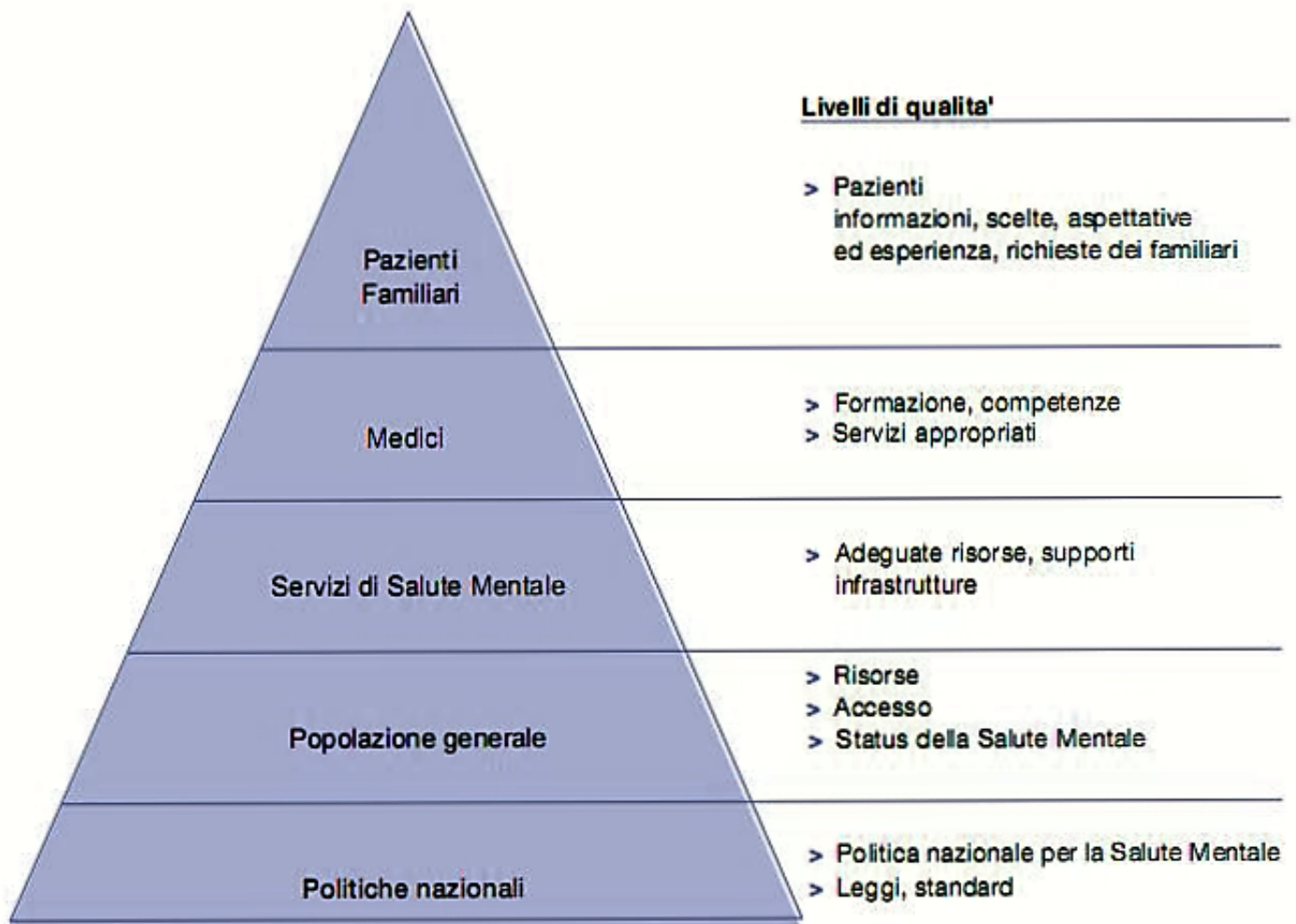


Figura 2

In questa piramide il programmi di accreditamento scientifico-professionale tra pari occupano il livello più alto, in quanto si basano essenzialmente sulla valutazione di qualità dei Servizi da parte di Operatori Sanitari, Utenti e loro Familiari. Tali programmi si basano sulla definizione di standard di servizio sostenuta da una raccolta di dati attraverso audit di tipo civico organizzati sotto forma di visite reciproche dei Servizi da parte dei loro stessi rappresentanti: utenti, familiari e operatori.

La *democratic peer accreditation* nei Servizi di Salute Mentale

La *democratic peer accreditation* si rivolge in particolare agli *aspetti metodologici della qualità dei Servizi*, valutati reciprocamente in gruppi di auto-accreditamento, attraverso la definizione di *standard di servizio* costruiti con una *metodologia benchmark*, secondo la quale i più alti livelli di qualità rilevati in un Servizio rappresentano gli obiettivi di miglioramento verso cui devono tendere tutti gli altri con l'auto degli strumenti metodologici forniti dal Servizio che ha quello specifico valore di riferimento. La valutazione in questo caso non è più soltanto *tra pari* (tra Servizi), ma anche *tra dispari* (all'interno di ogni Servizio e tra i Servizi stessi, da parte di utenti, familiari, operatori e manager). Essa è sostenuta da una raccolta di dati attraverso *audit di tipo clinico comunitario*, organizzati sotto forma di visite reciproche dei Servizi da parte di delegazioni costituite appunto dalle quattro più importanti tipologie di stakeholder.

La *democratic peer accreditation* si rivolge a quegli *aspetti metodologici* della qualità dei Servizi di tipo scientifico-professionale e politico-culturale che sostengono la definizione di standard conformi alle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ed ai *processi professionali*, alle *evidenze scientifiche* ed ai *riferimenti normativi* della Salute Mentale di Comunità.

L'*audit clinico comunitario* integra la metodologia di valutazione basata sulla *Revisione tra pari o visitatie* (approccio collegiale utilizzato per la valutazione dei Servizi condotto dai referenti degli stessi servizi in accreditamento) con la metodologia dell'*Accreditamento volontario rivolto all'eccellenza* (riconoscimento pubblico di raggiungimento degli standard dimostrato da una valutazione condotta da specifici valutatori esperti). In questo caso i referenti degli stessi Servizi in accreditamento appartengono alle principali categorie di stakeholder e partecipano ad un processo di formazione continua durante il programma di accreditamento, che riconosce loro la funzione di "valutatori esperti", mentre gli strumenti metodologici forniti dal Servizio che ha avuto riconosciuto un valore benchmark, sono sottoposti ad un processo di valutazione empirica che ne riconosca l'efficacia clinica con la necessaria evidenza. Le eccellenze riconosciute ai Servizi diventano così valori benchmark per tutti gli altri contribuendo alla definizione degli standard di qualità e delle buone pratiche che permettono di raggiungerli.

La *democratic peer accreditation* ha quindi come obiettivo la promozione della qualità metodologica delle pratiche tipo cliniche e sociali che sostengono le attività sanitarie rivolte agli utenti, con una ricaduta scientifica e culturale sulle reti professionali e sulle comunità locali.

La finalità è quella di arrivare ad applicare le migliori pratiche di cura (*good practice* e *best practice*) ed ottenere i migliori risultati (*outcome*) compatibilmente con le risorse investite nel Servizio in accreditamento e nella rete sociale che lo sostiene assieme alle famiglie, agli operatori ed agli amministratori. La metodologia di accreditamento sposa quindi il modello circolare dell'*action research clinica*, meglio definito come modello della Ricerca-Formazione-Intervento in Area Sanitaria, nel quale l'enfasi è posta sulla partecipazione e *l'incontro esperienziale*, sulla *riflessione* sul metodo clinico e organizzativo, sul dialogo tra pari come strumento di lavoro per il cambiamento, sulla *valutazione empirica* e soprattutto su *confronto tra dispari*: cioè reciprocamente tra operatori, utenti, familiari e manager di Servizi differenti.

Anche i programmi *democratic peer accreditation* considerano l'accREDITAMENTO come una condizione di "credito temporaneo" concesso ai Servizi, che deve essere continuamente verificato per poter essere mantenuto attraverso una integrale procedura di benchmark. La procedura di accREDITAMENTO deve essere ciclicamente ripetuta sulla base del presupposto che la qualità va intesa come risultato di un processo continuo. Nell'ottica di un avvicinamento sempre maggiore ai *valori benchmark* di quegli indicatori di qualità su cui si è raggiunto l'accordo tra pari, rispetto alla loro importanza strategica all'interno degli standard di servizio.

"Progetto Visiting DTC – Democratic Therapeutic Communities"

Il "Progetto Visiting DTC" è un Programma di AccREDITAMENTO Scientifico Professionale, organizzato secondo la metodologia della *democratic peer accreditation*, che si rivolge a quegli *aspetti metodologici della qualità* dei Servizi Residenziali e Abitativi di Salute Mentale individuati come *Qualità Gruppale Comunitaria*. Tali Servizi vengono così accREDITATI in base alla loro conformità ad un modello di Comunità Terapeutica Democratica, punto di incontro della tradizione scientifica anglosassone che ne ha dato le origini (2; 3; 4; 5; 6; 7; 8) e della ricerca empirica italiana supportata dalla continua revisione delle pratiche di lavoro che caratterizzano la comunità scientifico-professionale interconnessa dalla rete dell'AIRSaM - Associazione Italiana Residenze/Risorse Salute Mentale. Il programma viene condotto attraverso il coinvolgimento dei principali stakeholder ed ha come modelli scientifici e professionali di riferimento la *Comunità Terapeutica Democratica* (9; 10; 11), la *Salute Mentale di Comunità* (12; 13; 14) e l'*Orientamento al Recovery* (15; 16; 17).

Il programma di AccREDITAMENTO secondo il modello del "Progetto Visiting DTC" è stato avviato per la prima volta in Sicilia nel biennio 2012-2013 coinvolgendo Comunità Terapeutiche e Gruppi Appartamento sia per minori che per utenti adulti dei Servizi di Salute Mentale. Da allora il Programma di AccREDITAMENTO è stato

attivato presso l'Azienda USL della "Toscana Area Vasta Sud-Est" (18), e per l'Associazione "Lega Nazionale delle Cooperative Sociali", raccogliendo la partecipazione di circa 30 servizi residenziali e abitativi distribuiti su tutto il territorio nazionale.

Il Programma si compone di n. 3 Cicli Annuali di Visiting e di n. 1 Audit conclusivo di Qualità Gruppale Comunitaria. Ogni Ciclo Annuale di Visiting consta di due Parti: i cicli di autovalutazioni e visite di etero-valutazione ed il percorso formativo individuale per "Valutatori Esperti di Comunità Terapeutica". Il nucleo base di valutazione è composto dalle Terne di Comunità Terapeutiche omogenee per tipologia di utenza e per struttura organizzativa.

Risultati

Le procedure di Accredimento che regolano ed organizzano i lavori delle Visite di etero-valutazione all'interno delle Terne di Comunità, prevedono che le visite in ciascuna delle tre Comunità si svolgano tutte entro un bimestre e che terminino con un incontro in assetto assembleare di "Forum della Terna" nel quale vengono condivisi e discussi i dati quantitativi e qualitativi raccolti, nonché viene ricercato il consenso sul miglioramento continuo da perseguire.

Le procedure di accredimento del Progetto prevedono che tre Comunità Terapeutiche, con i loro Utenti, Familiari, Operatori e Manager, si visitino a vicenda per valutare reciprocamente quella specifica dimensione della qualità scientifico professionale definita qualità gruppale comunitaria. Il principale dispositivo di lavoro che sostiene questa speciale valutazione tra pari e tra dispari, è costituito dal *gruppo multifamiliare* (19). Tali gruppi sono finalizzati ad individuare qualitativamente e quantitativamente, i punti di forza ed i punti di debolezza delle Comunità oggetto di valutazione, ma anche a sostenere un'esperienza di incontro e riflessione sul valore della Comunità Terapeutica Democratica.

Le procedure di accredimento in questa fase prevedono così l'utilizzo, tra l'altro, di due specifici dispositivi di lavoro attraverso gruppo multifamiliare, orientati a comporre le valutazioni di qualità effettuate dai diversi punti di vista dei principali stakeholder delle Comunità: il Community Meeting Multifamiliare di Valutazione e le Delegazioni Multifamiliari di Comunità. La ricerca empirica effettuata all'interno del "Progetto Visiting DTC", ha dimostrato che tali dispositivi permettono di sfruttare a pieno il potenziale scientifico-professionale e politico-culturale della metodologia della *democratic peer accreditation*.

I Community Meeting Multifamiliari di autovalutazione

Nella fase di Pre-Visiting vengono programmate tre riunioni in ciascuna Comunità, la prima delle quali è rappresentata da un *Community Meeting Multifamiliare*. In esso sono presenti tutti gli operatori, tutti gli utenti e i familiari autorizzati a partecipare. In esso avviene la presentazione del programma di accredimento e la selezione della delegazione della Comunità (n. 3 operatori + 3 utenti + 3 familiari che effettueranno le visite nelle altre due comunità + una figura di guida del processo definita "facilitatore interno" della Comunità).

Le modalità di selezionare la delegazione, vengono a loro volta valutate rispetto alla conformità alla metodologia democratica nella scelta di ogni componente.

Il lavoro della Delegazione Multifamiliare della comunità

Successivamente la delegazione sarà impegnata nel guidare il processo di autovalutazione interna alla Comunità procedendo all'esecuzione dell'assessment attraverso l'utilizzo di specifici strumenti standardizzati, completando il percorso con la stesura di un Documento di Presentazione della Comunità con i suoi *Punti di Forza e di Debolezza Qualitativi*.

Successivamente è prevista un'attività di scambio della documentazione prodotta tra le comunità, che prevede alcune riunioni di lavoro della delegazione, coordinata dal facilitatore interno, all'interno delle quali si confronta e si riflette sui documenti ricevuti dalle altre comunità della Terna cui si appartiene e ci si prepara alle visite nelle altre due comunità.

La Visita delle Delegazioni Multifamiliari per l'etero-valutazione

Le visite presso le comunità durano una giornata intera e prevedono anche un pranzo comunitario con le Delegazioni ospiti. Durante le visite di ciascuna delegazione nelle altre due comunità della Terna, si svolgono delle riunioni delle due delegazioni in visita con l'obiettivo di coordinare l'attività di etero-valutazione della comunità ospitante.

I Community Meeting Multifamiliari nella comunità visitata

Il processo di valutazione sulla comunità ospitante avviene anche attraverso la riunione di *Community Meeting Multifamiliari con le due Delegazioni in visita*, nei quali sono presenti da 30 a 50 soggetti circa: le due delegazioni in visita, tutti i membri dello staff della comunità ospitante, tutti gli utenti della comunità ospitante, i familiari della comunità ospitante autorizzati a partecipare, i tre facilitatori interni delle tre comunità, i 2 coordinatori esterni ed eventuali altri membri dello Staff di Coordinamento del Programma di Accreditamento e gli Osservatori e/o i Referenti delle Associazioni degli Utenti partner.

Nel Primo Community Meeting Multifamiliare le delegazioni delle comunità in visita vengono accolte e si presentano, avviene la presentazione e la conoscenza reciproca delle delegazioni e dei partecipanti alla visita, la lettura del Documento di Presentazione con i punti di forza e di debolezza Qualitativi della Comunità ospitante e si organizza operativamente la visita dei locali della comunità.

Nel Secondo Community Meeting Multifamiliare della visita, avviene la consegna ufficiale dei primi dati quantitativi sulla comunità ospitante, prodotti dalle delegazioni in visita. A partire dalle valutazioni quantitative espresse dalle due delegazioni, tutti gli operatori, gli utenti ed i familiari della comunità ospitante discutono e riflettono in gruppo.

Nel terzo e conclusivo Community Meeting Multifamiliare avviene la presentazione del Documento con i Punti di Forza e di Debolezza Qualitativi rilevati dalle delegazioni e la discussione comunitaria su di essi. Esso è uno spazio per uno scambio non sistematico e commenti liberi su tutta l'esperienza della giornata di visita nella comunità e della redazione delle integrazioni comunitarie al documento proposti dagli utenti della comunità ospite.

Conclusioni

La strutturazione di tali dispositivi multifamiliari e la loro formalizzazione in procedure operativa di lavoro grupppale-comunitario in grado di sostenere nel processo di *democratic peer accreditation*, rappresenta uno dei principali risultati di sviluppo metodologico che ha raggiunto il "Progetto Visiting DTC". Il valore di microsocietà riconosciuto come uno dei fattori terapeutici fondamentale del gruppo multifamiliare da Garçia Badaracco (19), è diventato un fattore strategico di supporto ai processi di valutazione "tra dispari". Composto da operatori, utenti e famiglie di diverse origini e con problemi diversi, esso permette, per la sua specifica psicodinamica, di "pensare assieme quello che non si può pensare da soli" e quindi di valutare tutti insieme ciò che da un solo punto di vista è invisibile. Tutti i suoi membri sono sullo stesso livello, nessuno più pretendere che la propria verità valga più di quella degli altri, ma ciascuno deve impegnarsi nel trovare un metodo che componga del differenze senza annullarle.

Il gruppo multifamiliare è una microsocietà perché mantiene le caratteristiche di una situazione naturale (20). Esso rappresenta il contesto più ecologico in cui effettuare programmi di *peer accreditation*, attraverso i quali sostenere lo sviluppo di una comunità sociale democratica in cui ognuno può mettere in campo quello che sente e si può confrontare con tutti gli altri affrontando i complessi problemi legati al concetto di qualità metodologica dei Servizi di Salute Mentale, alla valutazione del loro funzionamento e dei loro risultati, ed allo sviluppo di Buone Pratiche sempre più efficaci nel venire in contro ai reali bisogni dei loro principali stakeholder (21).

Riferimenti

- 1) World Health Organization. Package per il Miglioramento dei Servizi Psichiatrici. Ginevra; 2003.
- 2) Jones M. The absorption of new doctors into a therapeutic community. In Greenblatt M, Levinson DL, Williams RH, eds. *The Patient and the Mental Hospital*. Glecoe: Free Press; 1957.
- 3) Jones M. *Social Psychiatry in Practice. The idea of the Therapeutic Community*. London: Penguin Books; 1968.
- 4) Main TF. The ailment. *British Journal of Medical Psychology*. 1957; 30:129–145. Reprinted in Main T. *The Ailment and Other Psychoanalytic Essays*. London:Free Association Books; 1989.
- 5) Main TF. Knowledge, learning and freedom from thought. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1967; 1: 64–71. Reprinted in *Psychoanalytic Psychotherapy*. 1967; 5: 49–78.
- 6) Rapaport RN. *Community as Doctor*. London: Tavistock; 1960.
- 7) Haigh R. Charismatic ideas: coming or going? *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*. 2005;26 (4): 367-382.
- 8) Haigh R. The quintessence of a therapeutic community. In Campling P, Haigh R, eds. *Therapeutic Communities: Past, Present and Future*. London: Jessica Kingsley; 1999: 246-257.
- 9) Barone R, Bruschetta S, Giunta S. *Gruppoanalisi e comunità terapeutica*. Milano: FrancoAngeli; 2010.
- 10) Barone R, Bruschetta S. The therapeutic community in the local community: Social networks between therapeutic community and supported housing. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*. 2014;16 (1): 69-73.
- 11) Bruschetta S, Barone R. Democratic Therapeutic Community in a network of “Enabling Environments”: transformations of psychotherapeutic residential services in social postmodern crisis. *Academic Journal of Interdisciplinary Studies*. 2015;4(2): 259-263.
- 12) Cardamone G, Zorzetto S. *Salute mentale di comunità. Elementi di teoria e pratica*. Milano:FrancoAngeli; 2000. 13) Cardamone G, Magnani N, Bruschetta S. Glossario ragionato dell’inclusione socio-lavorativa in salute mentale. Principali termini tecnici e riferimenti normativi. In: Barone R, Bruschetta S, D’Alema, M. (a cura di). *L’inclusione sociale e lavorativa in salute mentale*. Milano: FrancoAngeli; 2013.
- 14) Barone R, Bruschetta S, Frasca A. *Gruppoanalisi e Sostegno all’Abitare. Domiciliarità e residenzialità nella cura comunitaria della grave patologia mentale*. Milano: FrancoAngeli; 2014.
- 15) Bruschetta S, Barone R, Frasca A. *La ricerca sui gruppi comunitari in salute mentale*. Milano: FrancoAngeli; 2014.
- 16) Bruschetta S, Barone R. 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*. 2016;37 (4): 213-226.

- 17) Bruschetta S, Frasca A, Barone R. [Verso Servizi Comunitari di Salute Mentale Recovery-Oriented](#). Nuova Rassegna Studi Psichiatrici. 2016; 13 (1).
- 18) Bruschetta S, Frasca A. [Il “Progetto Visiting DTC” per l’Accreditamento di Qualità Scientifico Professionale Tra-Pari delle Comunità Terapeutiche del Servizio di Salute Mentale delle ASL dell’Area Vasta Sud-Est della Regione Toscana](#). Nuova Rassegna Studi Psichiatrici. 2016;13 (1).
- 19) Garcia Badaracco JE. Psicoanalisi Multifamiliare. Gli altri in noi e la scoperta di noi stessi. Torino: Bollati Boringhieri; 2000.
- 20) Garcia Badaracco JE, Narracci A. La Psicoanalisi Multifamiliare in Italia. Torino: Antigone; 2011. 21) Barone R, Bellia V, Bruschetta S. Psicoterapia di Comunità. Clinica della partecipazione e politiche di salute mentale. Milano: FrancoAngeli; 2010.
-

Riconoscimenti

L'autore dichiara di non avere conflitto di interessi rispetto ai dati presentati nel presente elaborato, di aver libero e completo accesso ed essi e di assumersi la responsabilità della loro correttezza e dell'accuratezza delle analisi su di essi condotte.